

I Congreso Seguridad del paciente

Nuevos tiempos.
Avanzamos contigo

2021

Edita: SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL
C/ República del Salvador, 4-1º 11004 Cádiz

Comité Editorial

Alvarez-Ossorio García de Soria, M. Reyes
Castro Ruiz, Maria José
Fernández Avagliano, Giulia
García Tormo, Consuelo
Mena Jiménez, Angel Luis
Moreno Campoy, E. Eva
Niebla Corsino, Patricia
Pérez Moreira, Rosalía
Sandoval Codoni, Javier L.

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 de la Presidenta de SADECA
V	Presentación de la Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía
VI	Índice de comunicaciones
1	Comunicaciones premiadas
6	Comunicaciones por áreas temáticas
201	Índice de autores
209	Índice temático



Presentación de la Presidenta de SADECA

Es un orgullo y un placer para mí como presidenta de SADECA presentar este primer número de la REVISTA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

Esta publicación nace fruto de la demanda expresada por nuestros asociados de dar mayor visibilidad a la SADECA y trabajar en propuestas de formación y divulgación científica. Estas demandas aparecen en el Plan Estratégico 2021–2024 de SADECA que se ha elaborado con una amplia participación de los socios y cuyas principales conclusiones se presentaron en la Asamblea de Socios celebrada en nuestro XXV Congreso celebrado en Córdoba del 18 al 19 de Noviembre de 2021. Qué mejor línea temática para empezar en este proyecto, la Seguridad del Paciente, la más relevante de las dimensiones de la Calidad Asistencial.

Y dando respuesta a otra de las líneas maestras de nuestro plan estratégico, la política de Alianzas, hemos establecido un acuerdo con la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía para divulgar las principales comunicaciones del I Congreso de Seguridad del Paciente. Es fundamental que las buenas prácticas y experiencias que se vienen desarrollando en Andalucía puedan ser compartidas y conocidas de manera permanente.

Esta revista pretende visibilizar proyectos de investigación, buenas prácticas y experiencias de las que aprender, en ese proceso de mejora continua que queremos para nuestros pacientes y usuarios, profesionales y nuestras instituciones, y responde a nuestro compromiso corporativo como sociedad científica. Esperamos que os sirvan para mejorar.

La calidad de los artículos que se presentan ha sido evaluada con rigor por el comité científico del Congreso para la Seguridad del Paciente, y revisados con una comisión paritaria de SADECA y la dirección de la Estrategia para la seguridad del paciente de Andalucía.

Y seguimos adelante desde la Junta Directiva para seguir poniendo en marcha propuestas de valor y espacios de encuentro por la calidad asistencial.

Gracias de nuevo por vuestra confianza.

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria
Presidenta de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial SADECA

Presentación de la Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía

Es un enorme orgullo poder trasladar el éxito manifiesto del I Congreso de seguridad del paciente, “Nuevos tiempos. Avanzamos contigo”, celebrado virtualmente durante los días 8, 9 y 10 de junio de 2021. Este evento ha nacido del compromiso y la implicación de Andalucía con la Seguridad del Paciente, lo que, junto a las nuevas dificultades y riesgos en la atención sanitaria asociadas a la situación actual (pandemia de la COVID-19), desembocó en la necesidad de plantearnos nuevos retos y reflexiones para seguir mejorando.

Este congreso, iniciativa de la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias a través de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA), en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, y con el aval del Servicio Andaluz de Salud, además del apoyo de diversas sociedades científicas y otras organizaciones interesadas en la excelencia de la asistencia, pretende convertirse en un hito periódico sobre Seguridad del Paciente.

El encuentro ha congregado a más de 2.800 profesionales sanitarios y personas comprometidas con la seguridad del paciente tanto a nivel nacional como internacional.

Hay que destacar la elevada calidad científica y la diversidad de las intervenciones desarrolladas en las 7 mesas temáticas, de la mano de profesionales, expertos y personas comprometidas con la Seguridad del Paciente donde se han abordado distintos aspectos, como los nuevos modelos de atención, la telemedicina, el conocimiento y la innovación, el impacto de las tecnologías de la información sanitaria, el avance en prácticas seguras como respuesta a necesidades emergentes detectadas, la gestión de riesgos y el aprendizaje de los errores, la reorganización que ha supuesto la Covid-19 para la mejora de la seguridad del paciente; o la seguridad vista desde el punto de vista del propio paciente. Gracias al rigor científico mantenido por parte de los ponentes, unido a lo atractivo de sus exposiciones, se ha contribuido al fomento del debate, la participación activa de los congresistas y el aprendizaje, redundando todo ello en el gran logro obtenido.

Tengo que agradecer también el esfuerzo y la implicación de todos los participantes, que se han visto reflejados en la presentación al Congreso de más de 750 comunicaciones, estudios y experiencias que aportan, sin duda, un valor añadido a los contenidos ya excelentes de las mesas.

Del total de comunicaciones fueron seleccionadas 14 para exponer oralmente, de las cuales 4 fueron premiadas. Éstas junto a otro grupo de las más relevantes, se han seleccionado para ser publicadas en este primer número de la revista de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Aprovecho por tanto para reconocer a su presidenta la disponibilidad y compromiso con la ESSPA.

Espero que las expectativas de los asistentes se hayan visto alcanzadas y deseamos contar con todos en la próxima edición del congreso para seguir compartiendo y avanzando en la seguridad del paciente.

E. Eva Moreno Campoy
Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.
Presidenta del Comité Científico del Congreso

Índice de comunicaciones

COMUNICACIONES PREMIADAS

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS CON LAS TRANSFERENCIAS DE PACIENTES.....	2
SISTEMA DE MEJORA Y PERSONALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS AL ALTA BASADO EN QR.....	3
CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES MÉDICOS AUTOPERCIBIDOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE UNA MUESTRA DE PROFESIONALES DE ANDALUCÍA	4
GACETA INFORMATIVA "SEPA DE MI" COMO EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	5

COMUNICACIONES POR ÁREAS TEMÁTICAS

Organizaciones seguras, pacientes seguros

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	7
SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO: INTEGRACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA 7 DÍAS DE LA SEMANA.....	8
PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE DAÑO RENAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	9
VISIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE SENSAR POR PARTE DE FACULTATIVOS DE ANESTESIA DE NUESTRO HOSPITAL	10
CULTURA DE SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE: UNA REALIDAD APREMIANTE CON LA LLEGADA DEL CORONAVIRUS.....	11
USO DE LA CLINIMETRÍA COMO MEDIDA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE EVACUACIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES COVID-19 POSITIVO.....	12
PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS DE NEONATOLOGÍA.....	13
ABORDAJE DE LA POLIFARMACIA DESDE UNA ACCIÓN POLÍTICA SANITARIA BASADA EN LA FORMACIÓN DE FACULTATIVOS EN EL USO DE MEDICAMENTOS	14
LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	16
MEJORAS EN LA CONCILIACIÓN AL INGRESO Y ALTA TRAS UNA INTERVENCIÓN MIXTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	17
INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL REGIONAL DURANTE EL AÑO DE PANDEMIA	18
UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA EN PANDEMIA UTILIZANDO EL MODELO DE INTERCONSULTA NO PRESENCIAL AMPLIADA	19
ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	20
ANÁLISIS DE CAÍDAS NOTIFICADAS EN UN HOSPITAL. AÑO 2019.....	21
BRIEFING Y BRAINSTORMING: HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COVID	22
PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UNA ESTRATEGIA PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.....	23

COVID-19: UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LOS CUIDADOS DESDE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	24
ESTANDARIZACIÓN DE PERFUSIONES DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UCI	25
AUDITORÍA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO INDICADOR PARA LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	26
DOBLE VERIFICACIÓN (VERIFICA-VERIFICA) COMO 6º PASO EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO.....	27
CIRCUITO DE COMUNICACIÓN DE HALLAZGOS INESPERADOS DESDE EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.....	28
LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE, CLAVE EN SU SEGURIDAD	29
CAÍDAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, UN EVENTO ADVERSO EVITABLE.....	30
EXPERIENCIA DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE ACCIÓN ANTE SEGUNDAS VÍCTIMAS	31
PROTOCOLO PARA EL CIRCUITO DE MUESTRAS CON DESTINO “ANATOMÍA PATOLÓGICA” DESDE EL BLOQUE QUIRÚRGICO.....	32
ACTUACIÓN FARMACÉUTICA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE CISATRACURIO	33
IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA INCREMENTAR LA CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	34
ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGÍA	35
ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA RESILIENCIA PROFESIONAL Y ESPACIOS DE TRABAJO SEGUROS	36
ADECUACIÓN DE LOS OPIÁCEOS A LOS SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	37
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURAS DE FÁRMACOS TERMOLÁBILES EN UNIDADES CLÍNICAS.....	38
INTERVENCIONES EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS: EFECTOS EN LA REDUCCIÓN DEL EVENTO.....	39
GESTIÓN DE LAS INTERRUPCIONES DE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS. NUESTRA EXPERIENCIA.....	40
ANÁLISIS DEL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO	41
EXPERIENCIA DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	42
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS DE ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO.....	43

Gestión de riesgos e incidentes. Aprendiendo de los errores

¿HEMOS CONFINADO TAMBIÉN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? HACIA LA “NUEVA NORMALIDAD” EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	44
AUTO-AUDITORÍA DE LA PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA PARA UNA DISPENSACIÓN MÁS SEGURA	45
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS.....	46
REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PROTOCOLOS Y CIRCUITOS IMPROVISADOS.....	47
ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....	48
PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD RELACIONADA CON LA ANALGESIA EPIDURAL EN LAS PARTURIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	49
DISEÑO DE RONDAS DE SEGURIDAD COMO HERRAMIENTA CLAVE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.....	50

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DECLARADOS EN UN AÑO PANDÉMICO Y NO PANDÉMICO.....	51
ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2020: AÑO DE PANDEMIA POR COVID-19.....	52
NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA.....	53
GESTIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA. APRENDIENDO DE LOS ERRORES	54
PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ANTE ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA A PACIENTES COVID-19 POSITIVO EN UNA UCI	55
FASE PREANALÍTICA EN LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS: MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	56
ANÁLISIS DE RIESGO EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CORPORAL ESTEREOTÁXICA PULMONAR.....	57
INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACCIONES DE MEJORA EN EMERGENCIAS SANITARIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	58
GRUPOS DE TRABAJO EN CIRUGÍA SEGURA	59
ESTUDIO DE INCIDENCIAS DETECTADAS EN UN LABORATORIO CLÍNICO EN 2020.....	60
IMPLANTACIÓN DE MÉTODO AASTRE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	61
MALETÍN DE EMERGENCIAS PARA HEMATOMA ASFIXIANTE TRAS CIRUGÍA DE TIROIDES.....	62
EL ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES COMO TRIGGER PARA ABORDAR LAS ÁREAS DE MEJORA.....	63
CLAVES PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	64
EVENTOS CENTINELAS POR AUTOLISIS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL REGIONAL.....	65
IDENTIFICACIÓN DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN Y MEDICAMENTOS: ¿PODEMOS MEJORAR?.....	66
CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS. FORMACIÓN PARA UNA PRÁCTICA SEGURA.....	67
ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ EN UN BROTE DE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA.....	68
LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y EL DOBLE CHEQUEO EVITAN ERRORES.....	69
DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y APNEA SECUNDARIA A PERFUSIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONTROL DE AGITACIÓN	70
(IN)SEGURIDAD EN LA INSULINIZACIÓN INTRAVENOSA EN URGENCIAS.....	71
IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN DE DATOS INCORRECTOS/ INCOMPLETOS EN LA HISTORIA DE SALUD DIGITAL PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS ARCO.....	72
DIFUSIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PREVENCIÓN FRENTE AL COVID19 PARA SU IMPLANTACIÓN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS.....	73
SISTEMA LOCAL NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS EN ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA. ANÁLISIS E IMPACTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	74
ELECTROCARDIOGRAMA E HISTORIA DIGITAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE	75
VALIDACIÓN FARMACÉUTICA NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA.....	76
PERCEPCIÓN SOBRE REALIZACIÓN Y UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ENTRE EL PERSONAL DE UN BLOQUE QUIRÚRGICO	77

Atención integral segura

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO).....	78
EVALUACIÓN SEGURA DEL DOLOR EN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO: LA MEDIDA DE SALUD	79
ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD EN LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS.....	80
EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LAS INTERRUPCIONES EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	81
MEJORAS DETECTADAS POR LOS USUARIOS DE LOS EQUIPOS MÓVILES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN RELACIÓN A LA “ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA”	82
ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANAS NO MEDICALIZADA	83
IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN MAYORES DE 65 AÑOS NO POLIMEDICADOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA.....	84
EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS AMBULATORIOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA.....	85
EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) Y DIURÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA.....	86
AUMENTO DE LA SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN POSTGRADO EN LA INMUNOTERAPIA DE ALERGIA.....	87
IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA	88
TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRÁNEO URGENTE. PERFIL DE PACIENTE Y JUSTIFICACIÓN RADIOLÓGICA.....	89
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO AL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ESTUDIO PILOTO	90
IMPACTO DE LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.....	91
ANÁLISIS DE POLIMEDICACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UNA UNIDAD DE RESIDENCIAS	92
EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA.....	93
IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	94
AMFE (ANÁLISIS DE MODOS, FALLOS Y EFECTOS) DE AISLAMIENTO EN PACIENTES COVID, SITUACIÓN DE PANDEMIA	95
COMUNÍCATE, YO TE CUIDO.....	97
IMPLEMENTACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTES IODADOS INTRAVENOSOS (CIV) EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.....	98
IMPLANTACIÓN DE NUEVO CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA PARA MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	99
MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES: ACCIONES DE MEJORA Y PROTOCOLO DE USO	100
PUNTOS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DEL SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA UNIDAD MDT.....	101
CREACIÓN DE UNIDAD DE RESIDENCIAS COMO MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.....	102
APOSTAMOS POR BACTERIEMIA ZERO: IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES	103
BRIEFING, HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	104
UNIFICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL REGISTRO DE LA CONCILIACIÓN AL ALTA	105

Tecnologías y seguridad del paciente (TIS)

CAMBIO DE PRISMA. ACTUACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.....	106
EVALUACIÓN DE UN RESPIRADOR PARA SDRA COVID	107
DETECCIÓN DE DUPLICADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE): UNA HERRAMIENTA DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	108
EL PROBLEMA DE LOS REGISTROS DE HISTORIA CLÍNICA DUPLICADOS: ANÁLISIS, MOTIVOS Y CONSECUENCIAS	109
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	110
LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA CON HERRAMIENTA PARA LA GENERACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	111
PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UNA PLATAFORMA ONLINE DE NOTIFICACIÓN EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO.....	112
DESARROLLO DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA TELEFÓNICA DEBIDO A LA PANDEMIA. NUESTRA EXPERIENCIA	113
DESARROLLO TECNOLÓGICO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA POTENCIAR LA SEGURIDAD CLÍNICA.....	114
BUENAS PRÁCTICAS EN LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL RECIÉN NACIDO EN EL ÁREA DE PARITORIO	115
SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEJORANDO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	116
TRATAMIENTO MULTIMODAL PARA PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LA APP “NO+DOLOR”	117
EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES	118
FARMACIA SEGURA, PACIENTE SEGURO: PROGRAMA DE SESIONES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	119
IMPLANTACIÓN INTEGRAL DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	120
CONSULTA TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES.....	121
IMPACTO DE LA RENOVACIÓN DEL EQUIPAMIENTO RADIOLÓGICO PORTÁTIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	122
APRENDIENDO DE LOS ERRORES: INICIATIVAS DE MEJORA EN LA SEGURIDAD AL PACIENTE Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	123
HOMOGENEIZACIÓN DE PRÁCTICAS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO MEJORA EN SEGURIDAD AL PACIENTE EN RADIODIAGNÓSTICO	124
MEJORA EN EL EQUIPAMIENTO Y PRÁCTICAS SEGURAS EN RADIODIAGNÓSTICO	125
PUESTA EN MARCHA DE UNA PLATAFORMA DE VERIFICACIÓN INDEPENDIENTE DEL CÁLCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA.....	126
LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL	127
QUIRAXIS, UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA PREOPERATORIA.....	128
PLAN DE MEJORA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO: APLICACIÓN MÓVIL PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS ...	129

Seguridad para y con el paciente y la ciudadanía

REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA	130
TARJETAS IDENTIFICATIVAS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SENSACIÓN DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN OBSTETRICIA. LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL	131

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES Y TESTIGOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	132
DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD.....	133
SEGURIDAD DEL PACIENTE: RIESGO DE UPP EN UNA UNIDAD DE ONCO-HEMATOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS.....	134
PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN DE UPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.....	135
COMPARATIVA EN EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN PACIENTES NO AFECTADOS POR COVID-19 FRENTE A PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE AGUDOS.....	136
MEJORA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN TRATAMIENTOS DE TERAPIA METABÓLICA CON I-131	137
LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. UN PASO MÁS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	138
FACTORES PREDICTORES DE USO INAPROPIADO DE ANTIBIÓTICOS: ESTUDIO DE ENCUESTAS DE PREVALENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL	139
ANÁLISIS DEL USO DE LA "IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE" (IIP) EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.....	140
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR DONANTES DE SANGRE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.....	141
EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	142
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN LA RECOGIDA Y TOMA DE MEDICACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.....	143
MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA ALIANZA NECESARIA HOY	144
MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI: CON UNA SOLA MIRADA	145
VERACIDAD Y SEGURIDAD EN LOS DATOS DE PACIENTES DE LOS HOSPITALES DE LA AGENCIA SANITARIA	146
VALORACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE SUICIDA.....	147
SEGURIDAD DEL ADOLESCENTE: UNA INICIATIVA DE MEJORA EN LA COBERTURA DE VACUNACION	148
POLIMEDICACIÓN EXCESIVA: LA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO COMO SOLUCIÓN A UN PROBLEMA PRIORITARIO DE SEGURIDAD	149
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO HEMOTERAPIA.....	150
AUDITORÍA EXTERNA INDEPENDIENTE DEL PROCESO DE CALIBRACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y TRATAMIENTO CLÍNICO DE UN ACELERADOR LINEAL DE RADIOTERAPIA.....	151
UTILIDAD DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL ABORDAJE DEL INSOMNIO	152

Conocimiento e innovación en seguridad del paciente

LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: ANÁLISIS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. CDM 21, LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y EFECTOS TOXICOS DE FÁRMACOS.....	153
CONOCIMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.....	154
RESULTADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL BRIEFING EN URGENCIAS-OBSERVACIÓN	155
DETECCIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS	156
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA.....	157
POSIBLES EFECTOS ADVERSOS EN LA APLICACIÓN DE LA PUNCIÓN SECA SOBRE LA COLUMNA DORSAL	158

IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL USO DE NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES ORALES EN UN DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA	159
CONOCIMIENTOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES SANITARIOS	160
LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN SALUD BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PROPUESTA PIONERA	161
MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	162
ANTICIPACIÓN A PROBLEMAS ASISTENCIALES MEDIANTE CUADRO DE MANDOS ACTUALIZADO EN PANDEMIA COVID	163
EXPERIENCIA Y ANÁLISIS DEL BRIEFING EN UNA UNIDAD DE PEDIATRÍA: UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA PARA LA TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE	164
IMPLEMENTACIÓN DEL CARRO VÍA AÉREA SEGÚN EL ALGORITMO <i>DIFFICULT AIRWAY SOCIETY</i> EN NUESTRO CENTRO	165
INTERVENCIONES ENFERMERAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: INNOVANDO EN CUIDADOS PARA LIDERAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	166
LA CONCILIACIÓN CON ALERTAS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (MAR) EN LAS TRANSICIONES DEL PACIENTE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DURANTE EL PROCESO HOSPITALARIO	167

Otros temas relacionados con seguridad del paciente, incluido COVID-19

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE ANDALUCÍA ORIENTAL FRENTE A LA COVID19	169
LA TELEFARMACIA NUESTRA NUEVA GRAN AMIGA	170
SÍNDROME DE BOURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN SERVICIO DE OBSTETRICIA Y SU IMPACTO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	171
EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD NEONATAL TRAS IMPLEMENTAR LA ALIMENTACIÓN EN GAVAGE	172
IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DEL COVID 19 EN PROFESIONALES SANITARIOS	173
PLAN DE ACTUACIÓN Y ESTRATEGIA PREVENTIVA EN UN CENTRO PERIFÉRICO DE HEMODIÁLISIS ANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV2 (COVID19)	174
ANÁLISIS DEL REGISTRO DE ALERGIAS EN EL PROGRAMA HOSPITALARIO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN PACIENTES COVID	175
COMPARATIVA EN EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES COVID-19, EN UN HOSPITAL DE FRÁGILES VERSUS AGUDOS	176
ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN PACIENTES COVID-19 NO CRÍTICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL	177
ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN PACIENTES DE UCI EN TIEMPOS DE PANDEMIA	178
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL EN LOS INGRESOS DE SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	179
PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE UN VALOR CRÍTICO EN UN ÁREA DE SALUD DE ANDALUCÍA	180
¿SABEMOS REALIZAR UNA CORRECTA HIGIENE DE MANOS?	181
EFICACIA DE UN CUESTIONARIO EPIDEMIOLÓGICO TELEFÓNICO PREVIO EN FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19	182
LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE INGRESADO	183

IMPACTO DE LA EPIDEMIA COVID-19 EN LA TASA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	184
ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS POR LA PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA.....	185
ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS SUFRIDOS TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A COVID19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	186
EFFECTO DE UNA INICIATIVA DE INCENTIVACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI EN PERIODO DE INCREMENTO DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19.....	187
PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DEL ALTA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19	188
TRIAJE MULTILINGÜE ADAPTADO AL SARS-COV2 COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN UNIDADES DE URGENCIAS.....	189
REVISIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA DISPENSACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE NO INGRESADO.....	190
REUNIONES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DURANTE EL COVID-19. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN	191
ENFERMERA REFERENTE ESCOLAR COMO GARANTE DE LA SEGURIDAD FRENTE A LA TRANSMISIÓN DEL SARS-COV2 EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE ANDALUCÍA	192
TELECONSULTA EN EL ÁREA DE URGENCIAS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES RESPIRATORIOS SOSPECHOSOS DE COVID-19	193
CHECKLIST EN TERAPIAS ECMO	194
ESTRATEGIA DEL LABORATORIO PARA LA COMUNICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	195
SEGURIDAD Y EVOLUCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO (USUARIOS DE CENTROS DE DÍA EN ESTADO DE ALARMA).....	196
“AULAS SEGURAS” IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE ENFERMERA REFERENTE COVID ESCOLAR EN EL SUR DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.....	197
CIRCUITO DE SEGURIDAD PARA PACIENTES COVID PARA REALIZACIÓN DE RX TÓRAX EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.....	198
¿QUÉ HA APORTADO UN SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL?.....	199
PARÁMETROS DE SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA EN LOS PACIENTES COVID.....	200

COMUNICACIONES PREMIADAS

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS CON LAS TRANSFERENCIAS DE PACIENTES

Autores: PRIETO MOLINA A, CANCA SÁNCHEZ JC, ARANDA GALLARDO M, MOYA SUÁREZ AB, SÁNCHEZ MEGOLLA D

Palabras clave: SEGURIDAD, CUESTIONARIO, AMFE, TRANSFERENCIA.

Objetivos

Identificar puntos críticos en la seguridad del paciente durante el proceso de transferencia de urgencias a hospitalización.

Diseñar y validar psicométricamente un cuestionario sobre percepción de seguridad y satisfacción de las enfermeras con las transferencias de pacientes.

Metodología

Estudio cualitativo empleando la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) para identificar los puntos críticos de seguridad en las transferencias de pacientes entre urgencias y hospitalización. La elaboración del cuestionario se basó en las dimensiones identificadas en el AMFE. A su vez, para cada dimensión, se realizó una propuesta de ítems considerando los diferentes fallos identificados. Posteriormente, se empleó la metodología cualitativa mediante grupo de expertos y se valoró mediante el índice de validez de contenido la relevancia que cada ítem representaba en el instrumento. Por último se calculó la fiabilidad del instrumento mediante el método del test retest calculando el coeficiente kappa de Cohen.

Resultados

Las dimensiones identificadas en el AMFE estaban relacionadas con la identificación de pacientes, la administración de medicamentos, los riesgos de seguridad durante el traslado, la comunicación entre profesionales y con familiares, la documentación clínica, los dispositivos instaurados al paciente, necesidades higiénico-dietéticas y de confort y la planificación del ingreso en cuanto a necesidades especiales del paciente. El IPR de los fallos identificados osciló entre 72 y 378. Las preguntas del cuestionario indagaban sobre los aspectos que obtuvieron un IPR superior a 100 en cada dimensión. Tras la validación de contenido se obtuvo un cuestionario final con 16 ítems y 5 opciones de respuesta tipo Likert. El índice de validez de contenido se situó en 0,88 y el análisis de fiabilidad mostró un índice de Kappa > 0,81.

Conclusiones

El empleo de la metodología AMFE ha permitido identificar puntos críticos de seguridad durante las transferencias de pacientes. Ha proporcionado información relevante para diseñar los ítems de un cuestionario que permite evaluar la percepción de seguridad y la satisfacción las enfermeras con este proceso y que ha mostrado unas óptimas propiedades psicométricas tras su validación. Su aplicación en la práctica permitirá la introducción de mejoras para evitar problemas de seguridad del paciente.

SISTEMA DE MEJORA Y PERSONALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS AL ALTA BASADO EN QR

Autores: MAROTO-MARTÍN S, BAENA-LÓPEZ MA, GARZÓN-MIRALLES A, GARCÍA-HERAS B, GALLEGA-ORTIZ F

Palabras clave: QR, RECOMENDACIONES, TRATAMIENTO, AUTOCUIDADO, SEGURIDAD.

Análisis de situación y contexto

Los errores derivados del tratamiento al alta de pacientes suponen una causa frecuente de lesiones y daños evitables, provocando un elevado coste en los sistemas sanitarios, y la atención urgente resulta un foco importante sobre el que incidir para disminuirlos.

El tener una herramienta informática que mejora la calidad de la información clínica dirigida a pacientes en los informes de alta, mediante un sistema digital que acerca a sus profesionales de referencia y completa al informe médico clásico favorece la seguridad de los pacientes.

Descripción de la intervención de mejora

Desarrollar la herramienta para:

- mejorar la comprensión de las recomendaciones y la adherencia a tratamientos al alta de pacientes, pretendiendo con ello disminuir errores y daños derivados de la atención clínica para mejorar resultados en salud.
- actualizar y contrastar contenidos según evidencia científica más reciente, y mejorar la experiencia y satisfacción de pacientes acercando las explicaciones de su profesional de referencia, haciéndolas de ese modo más accesibles y sencillas.

Tras constituir un grupo de trabajo multidisciplinar, se acuerda un listado de temas que por frecuencia e interés resultan relevantes en seguridad del paciente. Se elaboran vídeos e infografías con formato corporativo, con el valor añadido de traducir contenidos a otros idiomas e incluso incorporar lenguaje de signos para optimizar accesibilidad.

Se aloja todo el material en un canal propio y se enlaza mediante imagen de código QR que sirve de acceso directo al personal y que permite ser insertado en el informe de alta del paciente. Ese código puede ser escaneado con alguna cámara de un dispositivo móvil y enlaza al contenido, siendo posible acceder en cualquier momento y cuantas veces necesite el paciente, familiar o cuidador.

Evaluación y resultados

En los 2 primeros meses de uso se desarrollan 10 temas de interés (se seguirá incrementando este listado).

Hasta la fecha, se ha utilizado el sistema con 109 pacientes en su informe de alta.

Se desarrolla una App para seguimiento de pacientes y resultados.

Es un proyecto activo y actualmente se está evaluando satisfacción y utilidad, siendo los resultados preliminares muy prometedores y favorables.

Conclusiones

Consideramos que es un sistema novedoso, fácil de implementar, personalizado y exportable, que supone un gran valor añadido en las recomendaciones emitidas y que puede contribuir en resolver dudas, mejorar adherencia terapéutica y, en definitiva, aportar mayor seguridad y calidad en el proceso de atención Urgencias.

El proyecto refuerza la participación y empoderamiento del paciente en su autocuidado, mediante una mejor comprensión de las recomendaciones clínicas y tratamientos pautados, con información actualizada, contrastada y transmitida por sus profesionales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES MÉDICOS AUTOPERCIBIDOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE UNA MUESTRA DE PROFESIONALES DE ANDALUCÍA

Autores: TORNERO PATRICIO S, HERNÁNDEZ BUIZA E, ALONSO RUEDA IO, BORJA URBANO G, ROMERO VÁZQUEZ L

Palabras clave: ERRORES MÉDICOS, PEDIATRÍA, COMUNICACIÓN, NOTIFICACIÓN, SEGUNDAS VÍCTIMAS.

Objetivo

Describir las características de los errores médicos (EM) autopercebidos en la atención pediátrica.

Metodología

Estudio transversal basado en una encuesta anónima dirigida a profesionales médicos con atención pediátrica habilitada del 16/03/2021 al 15/04/2021.

Se utilizó un cuestionario diseñado y validado sobre las características de los EM, su comunicación y consecuencias en segundas víctimas. Las invitaciones se realizaron mediante mensajería instantánea telefónica a los profesionales de la provincia de Sevilla y en la lista nacional de emails "PEDIAP".

Los criterios de exclusión fueron: provincia de trabajo fuera de Andalucía y cumplimentación incompleta del cuestionario.

Se usaron "LimeSurvey" y el programa estadístico R (v3.5.1), para el cuestionario y análisis de datos, respectivamente.

Resultados

La muestra fue de 87 profesionales: 18 hombres y 69 mujeres, con edad media de 44,3 años (desviación estándar [DE]=11,9) y experiencia laboral media de 15,3 años (DE=10,9).

Se recibieron respuestas de todas las provincias de Andalucía, procediendo la mayoría de Sevilla (78,2%).

Las categorías de los profesionales fueron: 67 pediatras, 10 médicos de familia y 10 residentes.

El 79,3% no recibió formación en el último año sobre prevención, notificación y gestión de EM, y el 75,9% nunca ha recibido formación sobre cómo comunicarlos al paciente y familiares.

El 17,2% cometió un EM en el mes anterior y el 45,9% refirió no saber si lo había cometido.

Los EM más frecuentes fueron el diagnóstico realizado (42,4%) o su retraso (33,3%), y las principales causas: "estrés laboral" (52,9%), "falta de tiempo" (52,9%) y "distracciones" (32,2%).

El 42,5% de los profesionales conoce el sistema corporativo de notificación de eventos adversos de su lugar de trabajo, aunque solo el 13,8% lo usa "siempre" o "casi siempre".

El 64,4% comunican a sus compañeros los EM cometidos habitualmente y el 24,1% siempre comunica los EM a los familiares del paciente. El 24,1% refirió haber comunicado alguna vez un EM a su paciente pediátrico y el 70,1% considera necesario tener en cuenta la edad del paciente para comunicarlo, siendo el intervalo de 10 a 12 años, el más adecuado para hacerlo según el 40,4%.

Los síntomas que padecieron los profesionales derivados de sus EM fueron: "preocupación" (79,3%), "enfado" (55,2%), "inseguridad" (47,1%), "ansiedad" (39,1%), "falta de autoestima" (24,1%) e "insomnio" (18,4%).

El 21,9% consideró sus síntomas como graves o muy graves y un profesional precisó incapacidad temporal.

Conclusiones

Reconocer el error es un aspecto importante para mejorar la seguridad del paciente.

A pesar de no contar con una muestra representativa, este estudio ofrece líneas de investigación interesantes para futuros estudios sobre EM en pediatría.

GACETA INFORMATIVA "SEPA DE MI" COMO EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: BENAVENTE FERNÁNDEZ A, PAREJO MORÓN AI, GIL RODRÍGUEZ J, FERNÁNDEZ ONTIVEROS S, ARANDA LASERNA P

Palabras clave: COMUNICACIÓN, DIFUSIÓN, NOTIFICACIÓN.

Análisis de la situación y contexto

El retorno de información a quien notifica un incidente de seguridad y la difusión de las propuestas de mejora derivadas de su análisis, son conocidas barreras para los sistemas de Notificación y motivo de desapego de muchos profesionales.

Descripción de la intervención de mejora

Con el objetivo de difundir a todos los integrantes del servicio comunicaciones periódicas operativas relativas a los Incidentes de seguridad notificados y las propuestas de mejora realizadas, creamos la Gaceta Informativa "SePa de MI" (Seguridad del Paciente de Medicina Interna).

Se trata de una publicación de carácter interno, realizada en una sola cara de un texto convencional (Word), posteriormente convertida a PDF y enviada a través de los grupos de Whatsapp de los distintos estamentos que conforman el servicio, de tal manera que la difusión es masiva, inmediata, equitativa y almacenable.

El contenido versa sobre el análisis de incidentes de seguridad notificados en el servicio y analizados, según el caso, de forma individual o por los 5 grupos de riesgo estratégico identificados en nuestro servicio; 1. Identificación equívoca del paciente en todo momento, muestras y procedimientos; 2. Comunicación inefectiva; 3. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria; 4. Caídas; 5. Errores relacionados con la medicación y productos sanitarios.

La periodicidad es mensual-bimensual, sufriendo modificaciones con base al nivel de gravedad del evento adverso y la importancia de la propuesta de mejora (se emite un número *extra*), así como por motivos operativos (ante la desestructuración del servicio en momentos de pico pandémico se demora).

Evaluación y Resultados

Iniciado en junio del 2020, hasta la fecha hemos realizado: 6 gacetas ordinarias: N°1. Presentación y aspectos básicos, Junio 2020. N°2. Notificación de incidentes de seguridad del paciente, Junio 2020. N°3. Identificación inequívoca del paciente, muestras y procedimientos, Julio 2020. N°4. Día mundial de la seguridad del paciente, Septiembre 2020. N°5. IRAS (I), Flebitis Zero, Octubre 2020. N°6. Recomendaciones básicas de actuación ante terremotos, Enero 2021. 2 números *extra*; Evento centinela por riesgo de suicidio, Abril 2020; Riesgo de Duplicidad Terapéutica en PRISMA, Noviembre 2020; Procedimiento de contención mecánica en Medicina Interna, Enero 2021. Respecto a su utilidad, encuestados 37 profesionales del servicio, el 89'2% refiere haber aumentado su conocimiento en seguridad del paciente y el 81% ha modificado su comportamiento.

Conclusiones

La gaceta permite superar la barrera para la notificación, derivada de la falta de retorno de información del análisis y mejoras masivas.

COMUNICACIONES POR ÁREA TEMÁTICA

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: SÁNCHEZ SÁNCHEZ E, LARA RUIZ MI

Palabras clave: SEGURIDAD, OBSERVATORIO, ESTRATEGIA, CONOCIMIENTOS.

Introducción

La Seguridad del Paciente constituye una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial, al tiempo que un grave problema mundial de la salud pública de importantes repercusiones, tal y como establece OMS.

Desde 2006, la sanidad pública andaluza viene implementando políticas de seguridad del paciente de forma estratégica y planificada, y la difunde entre los ciudadanos y profesionales del sistema sanitario.

Objetivos

Evaluar los conocimientos del personal sanitario de nuestro entorno relacionados con la estrategia de seguridad del paciente y notificaciones de eventos adversos.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo mediante un cuestionario estructurado autoadministrado y anónimo dirigido a profesionales sanitarios de nuestro entorno. El cuestionario recopilaba información sobre variables sociodemográficas: sexo, intervalo de edad, profesión, experiencia laboral, nivel de asistencia... Se administró durante el mes de enero de 2020. Se utilizó un muestreo no probabilístico o por conveniencia, ya que el cuestionario era abierto para todos los profesionales sanitarios.

Resultados

Se obtuvieron 59 respuestas durante este mes de enero. De ellos el 76,3% de estas respuestas eran aportadas por mujeres y el 23,7% por hombres. El intervalo de edad con mayor prevalencia fue el de 31 a 45 años (45,8%). El 67,8% eran enfermeras y el 22,0% eran TCAEs, siendo los menos representados las matronas, técnicos especialistas y facultativos. El 25,4% de los encuestados tienen una experiencia laboral >20 años. Además, el 76,3% trabajan en la sanidad pública. Casi la totalidad de los sujetos trabajan en Atención Hospitalaria (98,3%).

El 96,6% piensa que la Seguridad del Paciente juega un papel fundamental en la asistencia sanitaria, pero solo el 52,5% conoce el Observatorio de Seguridad del paciente y ese mismo porcentaje conoce la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA. El 71,2% no había hecho uso de la aplicación AVIZOR, y el 13,6% no la conocía. Solo el 44,1% había notificado un algún incidente de seguridad. De ellos el 15,3% lo notificó al Observatorio de Seguridad del Paciente y el 27,1% al cargo intermedio. El 33,6% refiere que se llevaron a cabo medidas tras la notificación y el 32,2% piensa que fueron satisfactorias.

Conclusiones

Existe un bajo porcentaje de personal sanitario que conoce la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA y el modo de notificación de incidentes. Se debe difundir y plantear estrategias para que llegue al máximo número de profesiones de todo el sistema sanitario.

SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO: INTEGRACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA 7 DÍAS DE LA SEMANA

Autores: ALONSO ALONSO E, MONTES MONTES R, SURÍS COSTAS A, DEL RÍO GONZÁLEZ A, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ P

Palabras clave: FISIOTERAPIA, UCI, COMUNICACIÓN, COMPLICACIONES.

Análisis de situación y contexto

Las unidades de críticos de los hospitales, en su gran mayoría, carecen de fisioterapia los fines de semana y festivos. Esto supone que los pacientes no reciban el tratamiento necesario para mejorar su estado motor y/o respiratorio y evitar complicaciones que pueden retrasar o dificultar su recuperación.

En nuestro hospital de tercer nivel, partimos de fisioterapia en estas unidades de lunes a viernes en turno de mañana. Durante la primera ola de la pandemia en el mes de marzo del año 2020, se inició esta asistencia fines de semana y festivos, durante dos meses, con el fin de cubrir tratamientos de pacientes Covid-19 y facilitar la liberación de camas en críticos. A la vista de los resultados, hemos vuelto a implantar el programa en turno de tarde desde enero y fines de semana y festivos desde marzo de 2021.

Descripción de la intervención de mejora

Se creó un grupo de trabajo de 6 fisioterapeutas con un coordinador clínico, y reuniones periódicas 1 vez por semana, para unificar criterios de actuación y selección de casos; estableciendo un calendario de rotaciones de fisioterapeutas que permite la continuidad asistencial 7 días a la semana.

La intervención busca integrar a los fisioterapeutas en estas unidades todos los días de la semana, aumentando la seguridad en la atención del paciente crítico. Agiliza la comunicación de las necesidades del paciente entre profesionales, intensifica el trabajo de recuperación de sus capacidades pactando ventanas de sedación para realizar la intervención de fisioterapia, y proporciona soporte durante las extubaciones. Todo ello contribuye a minimizar la aparición de complicaciones.

Evaluación y resultados

El fisioterapeuta está integrado en las unidades de críticos, aportando seguridad en la atención del paciente, al asegurar el inicio precoz de fisioterapia respiratoria y movilización, con independencia del día de la semana, y mejorando la comunicación con el resto del equipo.

En este último período ampliado se realizaron 111 intervenciones a 28 pacientes, documentando en dos ocasiones la resolución de complicaciones que derivarían en reintubaciones. Cumple con las directrices recomendadas por la guía de buenas prácticas clínicas "Humanizando los Cuidados Intensivos".

Conclusiones

La presencia del fisioterapeuta en las unidades de críticos todos los días de la semana aporta mayor seguridad al paciente crítico, contribuyendo a evitar complicaciones, tanto respiratorias como motoras. Esta experiencia es replicable en otros hospitales y "escalable" en agudos.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE DAÑO RENAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores: AGUILERA MORALES WA, FERNÁNDEZ RIEJOS P, BELTRÁN GARCÍA M, LEÓN JUSTEL A, SALGUEIRA LAZO M

Palabras clave: RENAL, DRA, PREVENCIÓN, PRECOZ.

Análisis de la situación y contexto

El daño renal agudo (DRA) se asocia con un incremento de mortalidad, estancia media y desarrollo de enfermedad renal crónica, aumentando además los costes sanitarios asociados.

Al-Jaghbeer y col. publican en 2018 un estudio multicéntrico en el que tras la implantación de sistemas electrónicos de apoyo a la decisión clínica mejoraron la detección de DRA, obteniendo una disminución significativa de la mortalidad (0,8%), estancia hospitalaria (0,3 días) y necesidad de diálisis (2,7%).

Descripción de la intervención de mejora

Diseñamos un protocolo para la identificación y actuación precoz de DRA en pacientes hospitalizados. Tras detectar un deterioro de función renal en el laboratorio, se activará una alerta electrónica y se solicitará un análisis de orina para evaluar las características del mismo, instaurando medidas terapéuticas de forma precoz. Los pacientes que presenten una evolución desfavorable o cuyos datos urinarios sugieran daño parenquimatosos serán evaluados directamente por el servicio de Nefrología.

Se recogerán de forma prospectiva datos referentes a la situación clínica que motiva el ingreso para identificar factores de riesgo de aparición de DRA, así como de la evolución clínica posterior. Los resultados serán comparados con la cohorte histórica de pacientes hospitalizados años anteriores.

Evaluación y resultados

Los resultados aportados corresponden a un análisis provisional de los primeros 3 meses desde la puesta en marcha del proyecto. 102 pacientes en total (53 hombres; 49 mujeres). Edad media 76 años (44-99). El 57% presentan un Índice de Charlson ≥ 5 . Unidad predominante es Medicina Interna (48) seguido de Traumatología (9), Cardiología (9) y Digestivo (8). El motivo de ingreso más frecuente fue insuficiencia cardíaca (22) seguido de fractura de cadera (8). Hubo un total de 31 éxitus durante el ingreso (30%) siendo la sepsis la causa más frecuente (8). 2 pacientes necesitaron tratamiento renal sustitutivo y 7 pacientes ingreso en UCI.

Comparamos los resultados con una cohorte de 40 pacientes con DRA de características similares en el año 2019. La estancia media fue mayor en el grupo control (15.3 Vs 13.1 días), sin alcanzar significación estadística según U de Mann Whitney ($p = 0.255$). La mortalidad también fue mayor en el grupo control (35%) aunque sin alcanzar diferencias significativas.

Conclusiones

Creemos que con la puesta en marcha de este proyecto se pueden mejorar los resultados de mortalidad, estancia media y desarrollo de enfermedad renal crónica relacionados con el DRA. Es necesario aumentar el tiempo de evaluación para poder validar los resultados provisionales.

VISIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE SENSAR POR PARTE DE FACULTATIVOS DE ANESTESIA DE NUESTRO HOSPITAL

Autores: TERREU SERRANO M, MUÑOZ ROMERO JL, DIÉGUEZ LÓPEZ M, JIMÉNEZ CASTILLA A, PEREA MELLADO ME

Palabras clave: SEGURIDAD, PITELO, SENSAR, COMUNICACIÓN, ENCUESTA.

Análisis de la situación y contexto

SENSAR es una asociación científica cuyo objetivo es la promoción de la Seguridad del Paciente en la especialidad de Anestesia. Es destacable la labor que realiza incentivando la seguridad del paciente y estableciendo mejoras diarias para fomentarla. Supone un instrumento para la notificación de incidentes que nuestra unidad emplea desde 2017 y que realiza un análisis de los factores contribuyentes para poner en marcha medidas correctoras que eviten la repetición de los mismos. El grupo de analizadores está formado por facultativos y residentes de anestesia y de enfermería que se reúnen mensualmente utilizando una base de datos llamada PITELO.

Quisimos ver la aceptación que tenía SENSAR por parte de nuestros compañeros, así como la importancia para ellos de la seguridad del paciente y el conocimiento sobre nuestra herramienta básica: PITELO.

Descripción de la intervención de mejora

Diseñamos una encuesta con 11 preguntas dirigidas a facultativos y residentes de anestesia, acerca de la importancia de la seguridad del paciente en su día a día, la importancia de SENSAR en las mejoras establecidas de cara a la seguridad del paciente y el uso que hacían de PITELO. Enviamos la encuesta vía mail y analizamos los resultados.

Evaluación y resultados

Participaron 62 facultativos de los cuales más del 60% tenían menos de 40 años. Para más del 90% de los encuestados, la seguridad del paciente era muy importante pero solo un 40,3% pensaba que se tenía en cuenta en el día a día.

En lo que respecta a SENSAR, el 93,5% de los encuestados la conocía, pero solo el 46,8% había recurrido a ella por algún problema. Casi un 60% de los encuestados creía firmemente que SENSAR había contribuido a la mejora de la seguridad del paciente mientras que un 27,4% consideraba que solo alguna vez había podido contribuir. Solo el 13% de los encuestados no veía relación entre las mejoras en la seguridad del paciente y SENSAR.

Por último, aunque cerca del 90% de los facultativos tenía claro que la finalidad de comunicar un incidente era aprender de los errores y realizar mejoras, solo un 30,6% había usado alguna vez PITELO del 66% que conocía esta herramienta.

Conclusiones

Concluimos que, aunque SENSAR es bien conocida en nuestro hospital y que gran parte de los anestesiólogos de la unidad conoce su utilidad, nuestra herramienta básica (PITELO), no es usada todo lo que debería por parte de los facultativos para comunicar incidentes. Actualmente nuestro objetivo inmediato es fomentar la notificación PITELO.

CULTURA DE SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE: UNA REALIDAD APREMIANTE CON LA LLEGADA DEL CORONAVIRUS

Autores: LÓPEZ LIRIA R, VALVERDE MARTÍNEZ MA, VEGA RAMÍREZ FA, BENZO IGLESIAS MJ, ROCAMORA PÉREZ P

Palabras clave: CORONAVIRUS, ATENCIÓN PRIMARIA, SEGURIDAD PACIENTE, MOSPSC.

Objetivos

Describir la percepción que tienen los profesionales sociosanitarios de Atención Primaria sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente y el seguimiento asistencial.

Metodología

La población de estudio han sido 216 profesionales sociosanitarios de Atención Primaria

Se ha utilizado el cuestionario validado y traducido al español de Cultura de Seguridad del Paciente para Atención Primaria denominado MOSPSC ("Medical Office Survey on Patient Safety Culture," 2011). El programa estadístico SPSS en su última versión permitió calcular media y el intervalo de confianza al 95% de los diferentes aspectos que abordan las 15 dimensiones del cuestionario, considerándose una puntuación >3 percepción positiva y claramente positiva (puntuación >4) en una escala del 1 al 5.

Resultados

A la cuestión sobre cómo puntuaría globalmente el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes, un 42,9% de las respuestas indica que es buena; un 28,2% muy buena, un 19,8% aceptable, un 6,2% pobre y un 2,8% excelente. Pero se observa una percepción algo más negativa sobre "el seguimiento de la atención a los pacientes" o la "comunicación sobre el error", así como "el ritmo o carga de trabajo" entre los profesionales sanitarios encuestados.

Conclusiones

Estos resultados deberían servir como punto de partida para promover el diseño de medidas de seguridad adaptadas a la situación de pandemia en la que nos encontramos inmersos así como elaborar protocolos para el seguimiento de los pacientes haciendo uso de las nuevas tecnologías con el objetivo de conseguir una mejora profesional que repercuta favorablemente en la atención de los pacientes de este distrito y que sea transferible al resto de la provincia.

A pacientes/usuarios y cuidadores se les debe implicar en materia de prevención y seguridad, ofreciéndoles mensajes claros para que sepan gestionar su autocuidado, la medicación prescrita, que nos alerten de las situaciones que puedan comprometer su salud o seguridad o la de su familia, etc.

USO DE LA CLINIMETRÍA COMO MEDIDA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE EVACUACIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES COVID-19 POSITIVO

Autores: SERRANO CATENA MT, BÁRCENAS VILLEGAS D, VALENCIA JIMÉNEZ MC, VALENCIA JIMÉNEZ JM, PÉREZ RAMOS J

Palabras clave: CLINIMETRÍA, CAÍDA, VULNERABILIDAD, DEPENDENCIA.

Objetivos

Describir el uso que se ha hecho de las principales escalas relacionadas con la seguridad del paciente en la unidad de evacuación COVID-19+, específicamente asociado al riesgo de caídas.

Analizar el uso de escalas como apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la seguridad del paciente en una unidad de evacuación para pacientes COVID-19+ y su umbral de actuación.

Metodología

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de 55 pacientes COVID positivo, ingresados entre noviembre de 2020 y marzo de 2021 en una unidad de evacuación.

La recogida de datos se ha hecho de la Historia digital.

Se ha usado el programa SPSS para los análisis estadísticos de las variables sexo, edad y medidas de las escalas de riesgo de caídas, Barthel (dependencia) y Rockwood (fragilidad). Las tres son heteroadministradas al ingreso del paciente con 6, 10 y 9 ítems respectivamente.

Dependiendo de la variable se ha usado el test de Chi_Cuadrado, Kolmorov-Smirnof como prueba de normalidad de variable cuantitativa y test de Kruskal-Wallis como test no paramétrico para comparar variables cuantitativas y cualitativas.

Se analiza la clinimetría asociada a la seguridad del paciente para predecir las necesidades en seguridad (específicamente relacionados con el riesgo de caídas) de los pacientes desde el ingreso y las medidas que se prevé adoptar según los resultados del análisis.

Resultados

Respecto del género de los pacientes fue 65.45% mujeres y 34.54% hombres.

La escala Barthel muestra: 45.45% dependencia total, 16.36% dependencia severa, 10.90% dependencia moderada, 18.18% dependencia leve y 5.45% independientes.

En cuanto a las caídas el 9.90% de los pacientes presentaban riesgo bajo, el 12.72% riesgo medio y el 70.90% riesgo alto.

La escala Rockwood presentó que el 60% estaba por encima del nivel vulnerabilidad y debajo el 34.54%.

Se ha podido observar que existe una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de caídas al ingreso y los pacientes frágiles y dependientes específicamente.

Conclusiones

Aunque *a priori* pareciera que existe una relación entre la fragilidad, la vulnerabilidad y el riesgo de caídas, es importante para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios el avalar esta asociación. La relevancia radica en la relación entre ellas para predecir qué pacientes se beneficiarían de la aplicación de medidas relacionadas con la seguridad (riesgo de caídas).

No obstante, es importante proseguir en el estudio para establecer un umbral de actuación de medidas normalizado en toda la unidad de evacuación y asociado a la fragilidad y la dependencia ya que no todos precisarían el mismo nivel de medidas de seguridad y seguimiento.

PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS DE NEONATOLOGÍA

Autores: VARELA RUBIO E

Palabras clave: MEDICACIÓN, ERRORES, NEONATOLOGÍA.

Objetivos

Objetivo general: Elaborar un plan de seguridad en materia de medicación para los pacientes ingresados en la unidad de neonatología.

Objetivos específicos:

- Identificar los posibles modos de fallos potenciales, causas y posibles eventos adversos en el proceso de la medicación en la unidad.
- Ponderar y priorizar los distintos modos de fallo según los criterios de gravedad de las consecuencias, frecuencia estimada de aparición y posibilidad de detectabilidad.
- Elaborar un mapa de riesgos.
- Elaborar un plan de mejora para los modos de fallo críticos.

Metodología

Se conforma un grupo de trabajo multidisciplinar con los perfiles de técnico en cuidados de enfermería, enfermera, farmacéutica y neonatóloga. Se utiliza una herramienta proactiva de valoración de riesgo de evento adverso como es el análisis modal de fallos y errores. Se realizan varias reuniones con el equipo de trabajo donde se identifican modos de fallo, sus causas y sus eventos adversos. En una segunda fase se pondera cada modo de fallo según su gravedad, recurrencia y posibilidad de detectabilidad, calculando para cada modo de fallo el índice de probabilidad de riesgo. En una última fase se establecen acciones de mejora para los modos de fallo con mayor índice de prioridad de riesgo o los considerados críticos.

Resultados

Se elabora un plan de mejora para los modos de fallo con mayor índice de probabilidad de riesgo o los considerados críticos. Entre otras, se implantan acciones de mejora como la implementación de la prescripción electrónica en la unidad, elaboración de protocolos de manejo de medicamentos específicos de la unidad, el uso de bombas inteligentes, y la elaboración de carteles informativos donde se recuerde cómo deben de ir colocados los medicamentos en el almacén.

Conclusiones

Las fases de prescripción por facultativo y preparación-administración por enfermería son las áreas donde más se concentran los eventos adversos relacionados con la medicación en neonatos.

Los neonatos son un grupo de población infantil muy vulnerable, atendidos en un escenario considerado de alto riesgo como es la zona de críticos, lo cual los hace más susceptibles de sufrir eventos adversos asociados a la administración de la medicación.

Es necesario establecer un plan de mejora que defina acciones cuya implementación conlleve una disminución del riesgo de sufrir un evento adverso.

ABORDAJE DE LA POLIFAMARCIA DESDE UNA ACCIÓN POLÍTICA SANITARIA BASADA EN LA FORMACIÓN DE FACULTATIVOS EN EL USO DE MEDICAMENTOS

Autores: FERNANDEZ PÉREZ MA, PARDO TEIJEIRO B, BASANTA GONZÁLEZ MD, RODRÍGUEZ LEDO P, PEREIRA PIA M

Palabras clave: SEGURIDAD, MEDICAMENTOS, FORMACIÓN, DESPRESCRIPCIÓN.

Introducción

La falta de adecuación terapéutica (AD) es un problema de salud pública, la polimedicación es el principal factor asociado a la prescripción potencialmente inapropiada (PPI). El tránsito asistencial y la fragmentación asistencial se asocian al incremento de PPI y polimedicación.

Existen múltiples abordajes de la polimedicación, algunas competen a las políticas sanitarias; las que inciden en educación y formación de profesionales en el uso seguro de los medicamentos (USM) resultan de gran utilidad.

Objetivos

Implementar actuaciones encaminadas a mejorar la AD, disminuir PPI y polimedicación a través de sesiones formativas a facultativos prescriptores de Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP) de todo el territorio sanitario asintencial (TSA)

Favorecer la comunicación y el trabajo en equipo entre profesionales de AP y AH para disminuir problemas derivados de los tránsitos y la fragmentación asistencial.

Identificar las barreras para desprescripción de PPI.

Metodología

Un farmacéutico de AP y médico de AP imparten formación sobre USM con la colaboración directa de los cargos directivos del TSA en todos los hospitales a facultativos de diferentes ámbitos asistenciales y especialidades: jefes de servicio, adjuntos, médicos internos residentes y tutores de residentes.

Resultados

El 95 % manifestó utilidad y necesidad de formación en USM.

El 80% resaltó la utilidad de la interacción entre diferentes ámbitos asistenciales y especialidades.

Parte de los Jefes de servicio solicitaron impartir formación en sus servicios, los de AH adaptándola a los medicamentos de su especialidad; también solicitaron nuevas sesiones sobre USM.

El 48.30 % manifestó que la polimedicación es muy problemática en su práctica clínica.

Las principales barreras para la desprescripción de PPI identificadas fueron:

- Que la prescripción haya sido iniciada por otro facultativo : 81.61 % en AP y 86.64 % en AH
- El temor del paciente a la retirada: 61.66 % en AP y 42.10 % en AH
- La formación médica centrada en el medicamento: 46.66% en AP y 31.57 % en AH

Conclusiones

Las actividades sobre USM son muy valoradas por los facultativos.

Es necesario el desarrollo de prácticas encaminadas a abordar y eliminar las barreras para desprescripción de PPI.

La interacción entre niveles asistenciales es muy valorada y favorece el trabajo en equipo.

LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: VIÑAS VERA C, VIÑAS JURADO MI, RUIZ DELGADO JM, JAÑEZ GONZÁLEZ AM

Palabras clave: PLANIFICACIÓN, CUIDADOS, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Introducción

La complejidad de los procedimientos en Radiología Intervencionista, requiere de cuidados específicos que constituyen un elemento básico para la optimización de los resultados del plan terapéutico, así como para la seguridad de los pacientes a lo largo de su proceso asistencial. Contribuyendo a evitar riesgos, prevenir complicaciones y realizar transferencias más efectivas, la planificación de cuidados incluye: Valoración de necesidades, Planes de cuidados e Informe de continuidad de cuidados al alta (ICCA).

Objetivos

Garantizar la seguridad del paciente mediante una correcta monitorización de sus datos de Salud, y constancia de sus necesidades en las transferencias:

- Definición de los planes de cuidados a aplicar.
- Implementar el registro de Cuidados en la Historia (DAH).
- Soportar la transferencia de pacientes en ICCA

Metodología

Para desarrollar este proyecto se ha utilizado la metodología de mejora continua de calidad mediante los ciclos PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

El Cronograma seguido fue: Finales abril/2020: Estandarización cuidados. Modelo valoración y registro; En mayo la implantación; desde junio, hasta final de 2020: Implementación y recogida de información y evaluación.

Para la evaluación se fijaron indicadores del porcentaje de pacientes con planificación de cuidados, sobre el total de pacientes atendidos cuya fórmula es: pacientes con registro en DAH de Valoración, Planes de Cuidados e Informe de Continuidad de Cuidados / Número total de pacientes atendidos.

Se explotó la información sobre planificación de cuidados registrada en DAH durante el periodo de implementación.

Los límites que se establecieron para la evaluación fueron: Mínimo 50% - Máximo 75%.

Resultados

La Valoración Necesidades se hizo en el 74.9% de pacientes.

Los Planes de Cuidados se le realizó al 72.4%

El Informe de Continuidad de Cuidados al Alta se elaboró en el 64% de los casos.

Conclusiones

Aunque el porcentaje no supera el límite superior, sí el inferior de cumplimiento. Los datos obtenidos son propios de la fase de consolidación del proyecto en la que nos encontramos.

El 64% de los pacientes atendidos en Radiología Intervencionista tuvieron una adecuada transferencia tras su alta.

Se identificó como propuesta de mejora el impulsar una cultura de registro apoyada en la evaluación y mejora continua. Realizando una retroalimentación periódica en sesiones de cuidados y grupos de correctoras.

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: SÁNCHEZ MARTÍN A, GONZÁLEZ VALLE E, DOMÍNGUEZ LÓPEZ SL, MARÍA GALINDO A, SÁNCHEZ GILA MM

Palabras clave: MEDICAMENTOS ALTO RIESGO, PRÁCTICAS SEGURAS, CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN, ERRORES DE MEDICACIÓN, ÁMBITO HOSPITALARIO

Objetivos

Analizar la situación de las prácticas de seguridad del uso de medicamentos de alto riesgo en un hospital de tercer nivel e identificar los puntos críticos para proponer áreas de mejora.

Metodología

Se creó un grupo de trabajo dentro de la Comisión de Seguridad del hospital, para realizar el análisis de situación en colaboración con los referentes de seguridad de las distintas unidades clínicas. Para evaluar la seguridad se elaboró un cuestionario propio de autoevaluación del uso de medicamentos de alto riesgo, con 18 ítems de evaluación seleccionados del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, versión española II (2018)-ISMP-España" por estar relacionados con prácticas o medidas específicas destinadas a prevenir los errores de este tipo de medicación. Se incluyeron todas las unidades que cumplimentaron el cuestionario en el plazo de tiempo preestablecido.

Resultados

Participaron 33 unidades clínicas del hospital, siendo el 87,8% plantas de hospitalización, 6,1% de urgencias y 6,1% de cuidados intensivos. El 36,3% de las unidades tenían < 10 grupos de medicamentos de alto riesgo disponibles en el botiquín, 60,6% entre 10-20 grupos y un 3,1% > 20 grupos, respectivamente.

La puntuación media del cuestionario completo en el total de unidades clínicas fue de 68,1 puntos (50,1% del valor máximo posible). Al estratificar por complejidad, la puntuación media más baja correspondió a unidades de nivel intermedio (38,2%) y por número de grupos terapéuticos disponibles, la puntuación media más alta correspondió a unidades con más de 20 grupos (91,9%).

Al analizar los ítems, las puntuaciones más bajas (<40% de la puntuación máxima posible) se obtuvieron para aquellos relacionados con establecimiento de límites de dosis (ítem 4; 39,8%), etiquetado de vías de administración (ítem 9; 30,55 %), prácticas de doble chequeo (ítem 13; 36,6%) y formación de personal (ítem 18; 29,0%). En cuanto a los ítems con mayor puntuación se encontraron aquellos relacionados con almacenamiento por separado de concentrados de electrolitos (ítem 14; 71,4%) y etiquetación individualizada de plumas de insulina (ítem 15; 85,2%).

Conclusiones

El estudio ha permitido realizar un diagnóstico de la situación actual respecto a la implantación de prácticas seguras con medicamentos de alto riesgo en el ámbito hospitalario y comprobar que existen importantes oportunidades de mejora, sobre todo en áreas relacionadas con la formación, información e identificación de estos medicamentos. La información obtenida puede resultar útil para priorizar las prácticas a incorporar.

MEJORAS EN LA CONCILIACIÓN AL INGRESO Y ALTA TRAS UNA INTERVENCIÓN MIXTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Autores: LEA PEREIRA MC, GARCÍA TORRECILLAS JM, CASTRO VIDA MA, ÁRDENAS RODRÍGUEZ JA, ÁLVAREZ MORENO ML

Palabras clave: CONCILIACIÓN, SEGURIDAD, MEDICACIÓN.

Objetivos

Detectar si existen incrementos en la proporción de actos de conciliación de la medicación al ingreso y alta de pacientes de Medicina interna tras una intervención de mejora mixta: actividad formativa -charla formativa y motivacional- y una e-herramienta digital vinculada a la historia clínica.

Describir la casuística de la población, representativa del servicio, sobre la cual se implementa la intervención.

Metodología

Diseño ambispectivo donde fueron comparadas las proporciones de conciliación entre los pacientes del último trimestre del 2020 (análisis retrospectivo) y primer trimestre de 2021 (análisis prospectivo).

Implementación de una e-herramienta digital que actúa como recordatorio de la conciliación y que va ligada a la apertura de la historia clínica digital del paciente; junto a ello, sesión formativa y motivacional sobre la importancia de la conciliación, realizada entre el periodo pre y el post-intervención.

Resultados

Se analizaron 66 pacientes en cada uno de los dos periodos. Se recogieron datos correspondientes a las variables, edad, sexo, sección de MI, conciliación al ingreso/alta, características del médico y número de fármacos al ingreso/alta entre otras. Las conciliaciones al ingreso en el periodo pre-intervención fueron del 15.2% y del 10.63% al alta. Durante el periodo post-intervención, las conciliaciones fueron del 18.2% y 15.2% para el ingreso y alta respectivamente. El número de comorbilidades basales de los pacientes de MI fue elevado, destacando la HTA en el 65.2%, dislipemia en el 37.9% y obesidad en el 10.6% de ellos.

No se detectaron diferencias significativas entre las variables pre y post intervención, pero sí se detectó un incremento, aunque no significativo en la tasa de conciliaciones al ingreso (15.2 vs 18.2%) y al alta (10.6 vs 15.2%). El perfil similar de los pacientes para el resto de variables permite aseverar que las diferencias encontradas en conciliación son atribuibles a la intervención.

Conclusiones

Tanto la e-herramienta digital como la charla formativo-motivacional son elementos sugestivos de ser eficientes con vistas a incrementar la conciliación de la medicación y por tanto la seguridad del paciente.

Es posible que el incremento del tamaño muestral en fechas próximas aporte significación estadística al incremento en la conciliación.

INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL REGIONAL DURANTE EL AÑO DE PANDEMIA

Autores: RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA MM, LIÉBANA RODRÍGUEZ M, MARTÍN PÉREZ FJ, MORALES TORRES JL, ENRÍQUEZ MAROTO MF

Palabras clave: NOTIFICACIÓN, INCIDENTES, REGISTRO, HOSPITAL.

Objetivos

Los sistemas de registro y notificación de incidentes permiten detectar cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria. Durante la pandemia, la frecuencia de notificación se ha podido ver afectada por los cambios organizativos en los centros hospitalarios. El objetivo fue describir los incidentes notificados durante 2020 en un hospital regional y establecer una comparativa con los producidos en 2019.

Metodología

Estudio descriptivo. Se consideraron todas las notificaciones realizadas por los profesionales de un hospital regional durante los años 2019 y 2020, en el Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, excluyendo las que no estaban completadas. Las variables analizadas fueron Unidad de Gestión Clínica, categoría profesional del notificante, clasificación de los incidentes según el observatorio y según clasificación propia y gravedad del incidente notificado. Se realizó un análisis de las variables cualitativas mediante proporciones y su comparación en los dos años mediante diferencias.

Resultados

Durante 2020 se produjo una reducción en la notificación de incidentes del 25,4% respecto a 2019. Los profesionales que más declararon son las enfermeras/os, aunque en 2020 los médicos notificaron el 21,1% y otros profesionales un 12,4%. En cuanto a la gravedad de los incidentes, se encuentra un incremento del 3,9% de los catastróficos, y los moderados sufren un aumento del 10,5%. Los servicios con mayores cambios detectados son: Nefrología, con una reducción del 15,1% de sus notificaciones, mientras que incrementan Pediatría y Cirugía Pediátrica un 6,5%, Anatomía Patológica 6% y Medicina Nuclear 4,9%. Los incidentes con más notificaciones en 2020 son las caídas, que incrementa respecto al 2019 en un 5,5%, proceso asistencial/procedimiento clínico, que reduce el 9,8% y entre los incluidos en medicación, fluidos, productos sanitarios aumentan un 4,4%. En 2020 se reducen las extravasaciones y los procedimientos o pruebas inadecuadas o incompletas.

Conclusiones

Se observa un descenso de los incidentes notificados en 2020 respecto a los de 2019, aumentando los médicos en la notificación, las caídas y los incidentes catastróficos y moderados, disminuyendo las extravasaciones y las pruebas incompletas. La situación provocada por el coronavirus parece haber afectado al volumen de notificación y al tipo de incidentes notificados. Son necesarios estudios con mayor profundidad para constatar los resultados obtenidos.

UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA EN PANDEMIA UTILIZANDO EL MODELO DE INTERCONSULTA NO PRESENCIAL AMPLIADA

Autores: ARRAIZA SALDISE MD, GASQUE SATRÚSTEGUI A, GOÑI RUIZ N, ANDA APIÑÁNIZ E, NANTES CASTILLEJO O

Palabras clave: INTERCONSULTA NO PRESENCIAL, SEGURIDAD, COVID.

Objetivos

La irrupción de la pandemia de COVID enfrentó a profesionales y pacientes a la posibilidad de infección al acudir a los centros sanitarios. Con el objetivo de aumentar su seguridad, disminuyendo la presencialidad y aumentando la resolutiveidad de las atenciones indemorables, se utilizó la modalidad de interconsulta no presencial. Esta modalidad se define como consulta entre profesionales que responde a una demanda de un profesional a otro de apoyo en la toma de decisiones sobre un paciente. La respuesta sólo llega al profesional y el paciente no recibe ningún tipo de información directamente del especialista hospitalario.

Metodología

Se ha analizado para el periodo julio-diciembre 2020/2019 la derivación a primera consulta presencial y la solicitud de interconsultas no presenciales de los servicios de Digestivo y Endocrinología, el resultado de la valoración del paciente con la herramienta, el plazo de respuesta y el número de pacientes en lista de espera de primera consulta en diciembre.

Resultados

La derivación a primera consulta presencial en Digestivo y en Endocrino ha disminuido en 2020 con respecto de 2019 (29,1% y 34,1% respectivamente), mientras que ha aumentado el número de interconsultas no presenciales solicitadas en ambas especialidades (41,3% y 50,0% respectivamente).

Tanto Digestivo como Endocrino han incrementado el porcentaje de interconsultas no presenciales respondidas en menos de 72 horas en el periodo en 2020 con respecto del mismo periodo de 2019 (95% en 2020 frente a 77,3% en 2019 para Digestivo, y 99,6% en 2020 frente a 96,1% en 2019 para Endocrino).

Se ha podido constatar un incremento de las interconsultas no presenciales que generan consulta presencial en ambas especialidades (35,7% en 2020 frente a 24,1% en 2019 para Digestivo, y 38,6% frente a 24,7% en Endocrino), y un descenso de las que no generan dicha consulta, explicado por el cambio de modelo.

Mientras que en el Complejo Hospitalario de Navarra se ha incrementado el número de pacientes en lista de espera en diciembre de 2020 con respecto de 2019 un 5,8%, en Endocrino ha disminuido un 58,7% y un 56,0% en Digestivo.

Conclusiones

El nuevo modelo de interconsulta no presencial ampliada ha permitido mejorar la seguridad de la atención del paciente permitiendo una mayor resolutiveidad de la atención y adaptarse a las necesidades de los pacientes.

El modelo ha influido en la disminución del número de pacientes en lista de espera, lo que redunda en un aumento de seguridad al atenderlos con menos demora.

ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Autores: FERNÁNDEZ REYES D, FERNÁNDEZ DÍAZ MR, GARCÍA CEBERINO PM, MARTOS RUIZ M, GIL RODRÍGUEZ J

Palabras clave: NOTIFICACIÓN, INCIDENTES, SEGURIDAD, AVIZOR.

Objetivos

Analizar las características de las notificaciones de incidentes de seguridad realizadas en un servicio de Medicina Interna desde el comienzo de la pandemia COVID-19.

Metodología

Mediante la herramienta de gestión de incidentes de seguridad se analizaron todas las notificaciones de incidentes de seguridad desde marzo de 2020 hasta abril de 2021 realizadas en el servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel.

Resultados

Se analizaron un total de 47 notificaciones de incidentes de seguridad. La mayoría de incidentes se clasificaron como de riesgo alto (47%) o muy alto (28%). En cuanto al tipo, el más frecuente fue el relacionado con el proceso asistencial o procedimiento clínico (43%), seguido por las caídas (15%) y los relacionados con la medicación, fluidos intravenosos o productos sanitarios (13%). El 62% de episodios se produjeron durante la atención en el ingreso. En el 91% de los casos algún paciente estuvo involucrado y en el 81% fue alcanzado. Sólo en el 34% de los casos se comunicó el incidente o riesgo al paciente. La notificación fue realizada en la mayoría de ocasiones (66%) por personal médico, mientras que en el 13% de las ocasiones fue por enfermería. La vía de notificación de los incidentes fue mediante la web en un 83% y mediante la app móvil Avizor en un 17%.

Conclusiones

La notificación de incidentes de seguridad es uno de los pilares de la estrategia de seguridad del paciente. Los sistemas de notificación nos dan la oportunidad de aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores. Además, son una herramienta muy útil de aprendizaje y favorecen la diseminación de la cultura de seguridad del paciente, implicando en ella a todos los profesionales sanitarios. Pese a ello, aún queda mucho por hacer, siendo la infranotificación el principal problema que se presenta. Es imprescindible fomentar la notificación, a lo cual contribuyen iniciativas para aumentar la accesibilidad de esta, como la aplicación móvil Avizor. Además, conviene hacer partícipe al paciente en el proceso, comunicando y discutiendo con él los incidentes y riesgos detectados, además de fomentando que sea este también quien notifique incidentes y riesgos.

ANÁLISIS DE CAÍDAS NOTIFICADAS EN UN HOSPITAL. AÑO 2019

Autores: LIÉBANA RODRÍGUEZ M, CANO MARTÍN E, CASTILLA HEREDIA JP, RUEDA DOMINGO MT, FERNÁNDEZ SIERRA MA

Palabras clave: CAÍDAS, NOTIFICACIÓN, PREVENCIÓN.

Objetivos

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz propone reforzar medidas de mejora de cuidados en pacientes. Las caídas de los pacientes durante su hospitalización son uno de los efectos adversos más frecuentes notificados a través de los sistemas de notificación y gestión de incidentes. El objetivo del estudio ha sido conocer la frecuencia y gravedad de las caídas notificadas en un hospital regional durante el periodo 2019, y analizar las circunstancias en las que se producen.

Metodología

Estudio descriptivo. Se ha utilizado como fuente de información la descripción de los incidentes notificados por los profesionales a través del Sistema de Notificación y gestión de incidentes del Observatorio para la seguridad del paciente. Las variables analizadas fueron: sexo, factores intrínsecos, servicio que notifica, lugar de la caída, acompañamiento del paciente, circunstancia del evento, momento del día y gravedad. Las variables se muestran como frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados

Del total de incidentes notificados, 85 (34.27%) fueron caídas, ocurridas en hombres en un 50,6% de los casos. El servicio que más caídas ha notificado fue Medicina interna con un 20% seguido por Salud Mental (11.76%).

Entre los factores intrínsecos del paciente que contribuyeron a caídas destaca la desorientación o agitación en un 10.59%.

Un 72.94% de caídas suceden en la habitación del paciente y el 60% no estaban acompañados en el momento del incidente. En cuanto a la circunstancia en la que se produjeron, un 38.82% sucedieron durante la deambulación, siendo el 60.6% de ellas en el trayecto para ir al baño.

El 24.7% de caídas acontecieron al levantarse el paciente de la cama o sillón.

En relación a la causa de la caída, se identificó que un 16.47% se debió a pérdida de equilibrio o inestabilidad. El 49.41% sucedieron en horario diurno.

La gravedad del incidente fue "menor" o "insignificante" en el 80% de los casos y en una ocasión se consideró "catastrófico".

Conclusiones

La mayoría de caídas fueron notificadas por el Servicio Medicina Interna, destacando como factores intrínsecos la desorientación o agitación del paciente y como extrínsecos, la ausencia de acompañamiento. Es necesario avanzar en la valoración y cuidados de los pacientes con riesgo de caídas y poner en marcha planes de mejora para la prevención de caídas, fomentando en los pacientes la petición de ayuda, y la vigilancia de estos pacientes por el personal sanitario en ausencia de acompañamiento.

BRIEFING Y BRAINSTORMING: HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN COVID

Autores: RUIZ RAMOS JG, HERRADOR HERRERO C, LÓPEZ GARRIDO MF, TORRECILLA RAMÍREZ ML, AGUILERA CASTILLO O

Palabras clave: BRIEFING, BRAINSTORMING, SEGURIDAD DEL PACIENTE, COVID-19.

Objetivos

Los protocolos de actuación en tiempos de COVID-19 que nos envían las autoridades sanitarias cambian con frecuencia y son genéricos, dando lugar a múltiples interpretaciones.

El material de protección ha estado limitado, sobre todo en los primeros días del estado de alarma dictado en Marzo de 2020. A lo que se suma el frecuente cambio en el modelo de equipos, su uso, su reutilización, su sistema de eliminación, etc. Situaciones que generan que los cambios fuesen una constante en el día a día de la actividad asistencial con el desconcierto, descontento y desánimo de profesionales ante la sensación de pérdida de control que suponían estos acontecimientos. El objetivo que nos planteamos fue instaurar sesiones de Briefing para mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales.

Metodología

Desde la Dirección de Enfermería de nuestro hospital instauramos durante la 1ª ola de la pandemia unas sesiones de Briefing y con técnica Brainstorming que tienen lugar en la sala de juntas de cada unidad COVID. Durante las sesiones se mantienen las medidas de protección contra el SARS-COV2. Al Briefing y Brainstorming asisten todos los miembros del equipo de guardia entrante de cada unidad. Los miembros del equipo saliente aportan la visión de la experiencia real de la aplicabilidad de los protocolos durante su guardia, haciendo hincapié en los problemas, si se han detectado y su resolución, así como en la viabilidad de las decisiones tomadas en reuniones anteriores. Con el fin de identificar las situaciones de riesgo tanto para usuarios como profesionales, así como las propuestas de mejora a implementar dentro de las peculiaridades que supone la atención al paciente aislado por COVID-19, así como las sospechas.

Estas sesiones continuaron durante la 2ª y 3ª olas de la pandemia permitiendo establecer un análisis de la situación que ha quedado plasmado en un análisis de Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades de mejora de los cuidados en tiempos de pandemia.

Resultados

Se consiguieron adaptar los protocolos, se redujeron lesiones cutáneas, se tomaron medidas para disminuir el riesgo de caídas y aumentó la satisfacción de los profesionales implicados en los cuidados reflejado en una disminución del absentismo.

Conclusiones

Briefing y Brainstorming se han convertido en herramientas de seguridad incorporadas a nuestra rutina de trabajo con el objetivo de mejorar en la aplicación del protocolo de actuación en contexto de COVID-19, proporcionando asistencia segura a pacientes, aportando confianza a profesionales y garantía de un entorno seguro de trabajo frente al virus.

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UNA ESTRATEGIA PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Autores: LAGUNA PARRAS JM, SANTOS CIPRIÁN MT, DÍAZ RÍSQUEZ RM, TALENS MORILLAS AM, CASTILLO DORADO B

Palabras clave: MEDICACIÓN, ERRORES, SEGURIDAD, CUIDADOS, CHALECOS.

Introducción

El estudio ENEAS indicó que un 37.4% de los eventos adversos detectados en pacientes hospitalizados estaban relacionados con la medicación.

Existen una serie de factores coadyuvantes en los errores de medicación como son la fatiga, la sobrecarga asistencial o las interrupciones en el proceso de preparación y administración de medicación.

Objetivos

Explorar la percepción de las enfermeras sobre el impacto de las medidas implantadas.

Identificar las repercusiones en la práctica clínica de la utilización de los chalecos.

Metodología

Implantación de una estrategia para reducir el riesgo de errores de medicación mediante la utilización de chalecos que identifican a las enfermeras que están preparando y/o administrando medicación. La implantación se ha iniciado en el Hospital de Día Oncohematológico y las unidades de hospitalización de Cardiología y de Especialidades (ORL, Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía).

Se realizaron sesiones breves informativas dirigidas a enfermeras y TCAE, sobre la utilización de los chalecos. Se elaboraron y distribuyeron carteles informativos y recomendaciones dirigidas a los profesionales, pacientes y familiares.

Se realiza un estudio mediante cuestionario autoadministrado, de elaboración propia y de carácter voluntario. El cuestionario consta de 9 ítems (datos del perfil del profesional, formación recibida, uso y percepción de la utilidad de los chalecos y espacios libres para expresar motivos para la no utilización de chalecos y sugerir mejoras).

Los resultados se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas. Las variables cualitativas se compararon con el test de chi-cuadrado.

Resultados

Se entregaron 36 cuestionarios de las cuales se han recogido 34 contestados (94,4%). El 62% de las enfermeras tienen una experiencia laboral mayor a 20 años y son estatutarias. El 82% ha recibido alguna formación en seguridad del paciente en los últimos 3 años. El 91% de las encuestadas considera de utilidad los chalecos y más del 88% los utiliza habitualmente. En relación a la percepción de disminución de interrupciones por parte de los compañeros y/o pacientes y familiares, el 76,5% la ha percibido. No se observa significación estadística entre la experiencia, situación laboral, formación previa, con respecto a la utilización y percepción de su utilidad.

Conclusiones

Los profesionales consideran que los chalecos son una estrategia útil para evitar interrupciones y reducir el riesgo de errores de medicación en la preparación y administración de medicamentos en el medio hospitalario. La adherencia a la medida implantada es muy alta. Es necesario continuar trabajando para fomentar la incorporación de los chalecos a la rutina de trabajo de las enfermeras.

COVID-19: UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LOS CUIDADOS DESDE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Autores: BÁRCENAS VILLEGAS D, SERRANO CATENA MT, VALENCIA JIMÉNEZ MC, VALENCIA JIMÉNEZ JM

Palabras clave: COVID-19, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN.

Análisis de situación y contexto

El 14 de marzo de 2020, en Andalucía al igual que en el resto de España se produjo la declaración de estado de alarma como consecuencia de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 (COVID 19 en adelante). Este hecho ocasionó que muchos centros sanitarios tuviesen que llevar a cabo un replanteamiento general, que abarcase desde la esfera estructural hasta la humana.

En uno de los hospitales pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía, la atención a los pacientes tuvo que readaptarse por completo en aras de garantizar un entorno seguro; para ello, se organizó en primer lugar el área de Urgencias y desde noviembre de 2020 la unidad de Hospitalización, declarada ésta centro de evacuación COVID y siguiendo con dicho rol en la actualidad.

En este contexto novedoso y de desconcierto, resultó esencial el trabajo multidisciplinar y la adaptación a una nueva forma de prestar cuidados desde la seguridad y la calidad asistencial.

Descripción de la intervención de mejora

Fue necesaria la readaptación de los circuitos asistenciales, sectorizándose el área de urgencias para que por una parte circularan pacientes sin sintomatología respiratoria y por otra, aquellos con clínicas compatibles con COVID-19. Igualmente, se llevó a cabo una distribución asistencial por zonas de referencia con el personal enfermero y auxiliar de enfermería, donde primase la personalización de los cuidados y se evitase la atención cruzada con pacientes sin sintomatología respiratoria. Esta adaptación se apoyó en cambios procedimentales para garantizar desde la coordinación de cuidados el acceso de cualquier profesional a los mismos, utilizándose cualquier medio de difusión factible.

Evaluación y resultados

Se observa cómo el pilotaje inicial muestra un entorno de cuidados más seguro, donde la sectorización de las áreas favorece la fluidez asistencial, la distribución de las cargas laborales y la circulación de los pacientes y sus familiares. Este trabajo supone un abordaje previo a un análisis cualitativo fenomenológico posterior sobre la percepción profesional ante esta nueva realidad.

Conclusiones

La labor conjunta multidisciplinar en urgencias y hospitalización se presenta como un elemento que puede favorecer la seguridad clínica así como la calidad asistencial.

La sectorización del servicio se perfila como un elemento positivo en la trazabilidad y distribución de la población atendida.

ESTANDARIZACIÓN DE PERFUSIONES DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UCI

Autores: CUADROS GÓMEZ MJ, REDECILLAS PEIRÓ MT, GIL RUIZ MI

Palabras clave: ERRORES DE MEDICACIÓN, ANÁLISIS DE RIESGO, PERFUSIÓN, UCI, CALIDAD

Análisis de situación y contexto

La perfusión continua de fármacos de alto riesgo constituye un recurso terapéutico en UCI que plantea un importante problema para la seguridad del paciente, relacionándose con incidentes con alta probabilidad de causar daños graves e incluso mortales. Este proceso se identificó en el mapa de riesgos de UCI como prioritario con oportunidad de mejora.

Empleando metodología de Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) se realizó análisis de la situación y recopilación de datos. La variabilidad en la concentración de perfusiones, la diversidad de unidades de medida y los errores de cálculo fueron las causas identificadas con mayor riesgo durante las fases de prescripción y preparación, mientras que durante la administración, fueron los errores de programación de bomba y la inestabilidad de la mezcla.

Descripción de la intervención de mejora

Puesta en marcha de proyecto de mejora denominado: "Estandarización de perfusiones de medicamentos de alto riesgo en UCI". Se creó una tabla con 30 fármacos de uso habitual, considerados de alto riesgo, que fueron colocados por orden alfabético en cada fila. Las columnas incluyeron las siguientes variables para cada fármaco: dosificación en concentraciones únicas, preparación de la solución y velocidad de infusión. Adicionalmente, se adoptaron medidas relativas a la administración exclusiva por bomba inteligente con biblioteca de fármacos y el completo etiquetado de la bolsa de perfusión.

Evaluación y resultados

La evaluación de resultados de cumplimiento se realiza con auditoría aleatoria de perfusiones en uso por dos miembros del equipo de mejora mediante los siguientes indicadores:

- Indicador 1= % de perfusiones que cumplen prescripción.
- Indicador 2 = % de perfusiones que cumplen preparación.
- Indicador 3= % de perfusiones correctamente etiquetadas.
- Indicador 4= % de perfusiones en bomba inteligente.

Tras 1 año de instauración, los resultados mostraron un cumplimiento del 91,67% en los indicadores 1 y 2, y un 100% en el uso de bombas inteligentes. El indicador de más bajo cumplimiento fue el referente al etiquetado, con un 87,5%.

Se identificaron como posibles causas de incumplimiento: situaciones de urgencia, condiciones especiales de los pacientes y falta de adherencia.

Conclusiones

La estandarización de perfusiones de medicación de alto riesgo constituye una línea fundamental dentro de la estrategia del uso seguro de medicamentos. El empleo de una tabla de uso multidisciplinar evita la variabilidad y resulta de utilidad práctica, evitando errores de cálculo matemático y dependencia de la memoria.

AUDITORÍA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO INDICADOR PARA LA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: MORA LOURIDO C, GUTIÉRREZ GINER MI, SÁNCHEZ ÁLVAREZ AL, PEÑATE RODRÍGUEZ MM, COBIÁN MARTÍNEZ J

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, AUDITORÍA, CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Análisis de situación y contexto

El consentimiento informado es un proceso de comunicación e información en el contexto de la relación clínica. Finalmente, el paciente acepta o rechaza un procedimiento diagnóstico o terapéutico, debiendo quedar reflejado y firmado en un documento de consentimiento informado incluido en la historia clínica (Ley 41/2002) para los procedimientos diagnósticos invasivos e intervenciones quirúrgicas.

La Dirección de nuestro Complejo Hospitalario establece como prioridad en la Estrategia de Seguridad del Paciente, realizar anualmente una auditoría de los formularios de consentimiento informado, valorando su existencia, contenido y nivel de cumplimentación.

Descripción de la intervención de mejora

Se revisaron 406 informes de alta hospitalaria del año 2019: 203 de procedimientos quirúrgicos programados y 203 de procedimientos anestésicos.

Se analizó: la existencia del correspondiente documento de consentimiento informado, si contenía los ítems mínimos recogidos en la Ley 41/2002 y su grado de cumplimentación (nombres, firmas, fechas).

Los resultados de la Auditoría se exponen al equipo directivo y a los Servicios afectados.

Evaluación y resultados

Se encontraba en las historias clínicas auditadas el documento de consentimiento informado en un 93,6% de los procedimientos quirúrgicos y en el 97,5% de los anestésicos.

Respecto al grado de cumplimentación del formulario para el acto quirúrgico, en un 96,8% se muestran los datos identificativos del paciente; aquellos que identifican al médico: nombre, colegiado y firma se contemplan en un 92,1%, 80,0% y 92,1%, respectivamente.

Los ítems exigidos de información del procedimiento y fecha de firma del mismo se cumplen respectivamente en un 98,4% y 89,55%.

Respecto al grado de cumplimentación del formulario para el acto anestésico, el 100% de los documentos contiene los datos identificativos del paciente; sin embargo, los que identifican al médico: nombre, colegiado y firma se recogen respectivamente en un 82,8%, 73,7% y 98,5%.

Los ítems exigidos de información del procedimiento y fecha de firma del mismo se cumplen respectivamente en un 100% y 98,0%.

Conclusiones

La realización de una auditoría anual de los documentos de consentimiento informado ha supuesto en nuestro Complejo una mejora tanto en la presencia del documento como en la cumplimentación de todos y cada uno de los ítems del mismo.

La comunicación de los resultados, la realización de sesiones formativas y el seguimiento han demostrado que, si bien los resultados son mejorables, su evolución pone en valor la importancia del trabajo realizado sobre la seguridad del paciente.

DOBLE VERIFICACIÓN (VERIFICA-VERIFICA) COMO 6º PASO EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

Autores: DÍAZ CORTÉS MM, CARO CABELLO AI

Palabras clave: SEGURIDAD, USO, MEDICAMENTO.

Análisis de situación y contexto

Los errores de medicación están considerados como uno de los incidentes de mayor frecuencia en unidades de hospitalización. Pueden producirse en cualquier momento, siendo más frecuentes durante la prescripción y administración de los medicamentos. En cuanto a la prescripción, numerosos autores confirman su descenso debido a los avances tecnológicos, puesto que el facultativo realiza la prescripción a través de un sistema informático evitando de esta manera los errores de lectura por caligrafía ilegible. En cuanto a la administración, la inexperiencia, la falta de formación y la ausencia de verificación de los 5 *correctos* son factores tanto desencadenantes como influyentes, presentes en la mayoría de eventos adversos relacionados con el uso seguro del medicamento.

Descripción de la intervención de mejora

Con el objetivo de actualizar, diseñar e implementar un protocolo del uso seguro del medicamento basado en la mejor evidencia disponible, se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- Constitución grupo trabajo "Uso seguro del medicamento".
- Revisión de literatura y actualización de la evidencia como punto de partida.
- Prescripción informatizada e implantación de obligado cumplimiento en todas las áreas del hospital.
- Diseño y distribución de cartelería sobre los 5 *correctos* introduciendo como innovación el 6º paso mediante doble *check list* (Verifica-Verifica): 1. Preparando la medicación comprobar siempre los 5 *correctos*; 2. A pie de cama volver a comprobarlos, informando al paciente y asegurándose que lo entendió (*feed back*).
- Cambio de las bombas de infusión en uso por bombas de administración inteligente de medicación.
- Preparación unidosis con código de barras.

Pendiente de implementar:

- Sistemas automatizados y armarios automatizados de dispensación.
- Sistemas de Administración de Medicación con Código de Barras (BCMA).
- Conectividad por WIFI en todas las áreas del hospital y bombas de administración inteligente de medicación, conectadas si es posible al BCMA.

Evaluación y resultados

Existe 100% de prescripción informatizada.

La cartelería ha sido bien recibida por todos los profesionales manifestando su utilidad.

Una vez se implemente definitivamente, se realizará el seguimiento de su ejecución y de su impacto en el área, con establecimiento de responsabilidades, periodicidades para la revisión y actualización y se determinarán las acciones a llevar a cabo como consecuencia del seguimiento de las estrategias.

Se distribuirá entre todo el personal una encuesta para conocer su grado de satisfacción con el protocolo, y conocer el grado de implantación del mismo.

Análisis comparativo de notificaciones pre y post implementación.

Conclusiones

Una estrategia multimodal en el proceso de la medicación redundará en la prevención de errores de medicación, requisito para una atención segura.

CIRCUITO DE COMUNICACIÓN DE HALLAZGOS INESPERADOS DESDE EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Autores: RAMOS MEDRANO FJ, VIVANCOS GARCÍA J, MONTILLA LÓPEZ MC

Palabras clave: HALLAZGOS, COMUNICACIÓN, RADIOLOGÍA.

Análisis de situación y contexto

En 2014 se hizo una evaluación del manejo de la patología neoplásica que evidenció una demora inadecuada en el tiempo transcurrido desde la realización de la prueba radiológica hasta la consulta clínica de recogida de resultados. Se objetivó que el retraso se producía en casos de aparición de patología neoplásica no sospechada y de patología neoplásica de nueva aparición.

Descripción de la intervención de mejora

Se planteó como intervención de mejora la creación de un circuito de hallazgos inesperados. Para ello, se estableció un grupo de multidisciplinar que definió un circuito de comunicación consensuado.

El límite de entrada es la aparición en una prueba de imagen de cualquier patología que requiera una actuación preferente. Se incluyen pacientes del hospital y de atención primaria. Queda excluida la patología que requiere una actuación urgente que se comunica en el momento al facultativo de guardia.

El facultativo de radiología inicia dos acciones: Primero, gestiona la realización de las pruebas necesarias para completar el proceso diagnóstico radiológico y, segundo, pone en marcha el circuito de comunicación de hallazgos inesperados mediante la notificación por correo electrónico al jefe de servicio o al coordinador de radiología.

El Jefe/Coordinador de la Unidad de Radiología remite los datos al Jefe de Servicio de la Unidad de Atención al Usuario que confirma la recepción y gestiona la cita clínica.

Evaluación y resultados

Desde enero de 2015 hasta diciembre de 2020 se han comunicado 283 hallazgos inesperados, 185 neoplasias no conocidas, 14 metástasis no sospechadas y 84 casos de patología benigna que requirieron actuaciones preferentes.

Se han registrado 5 casos no notificados (1 linfoma, 1 neoplasia pancreática, 2 hepatocarcinomas y 1 carcinoma renal) con un retraso medio de 4 meses en la toma de decisiones (rango entre 3 y 5 meses). Se realizó un análisis causa raíz (ACR) que estableció como conclusiones la necesidad de reforzar la notificación mediante motivación de los facultativos de radiología con sesiones recordatorias y análisis de los casos no notificados.

Conclusiones

El circuito es valorado por todos los profesionales del hospital como muy útil y con gran impacto en la asistencia de los pacientes. Mejora la toma de decisiones y la relación interniveles (atención primaria – hospitalaria) y adecua tiempos de respuesta en casos en que la toma de decisiones en tiempo adecuado es de gran impacto en el proceso asistencial de los pacientes.

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE, CLAVE EN SU SEGURIDAD

Autores: ASENSIO AI, GONZÁLEZ SÁNCHEZ I, LOZANO GIL S, CARRASCO RIVERIEGO A, CORONIL MARCHÁN C

Palabras clave: EXPERIENCIA, SEGURIDAD, MEJORA CONTINUA, ENTREVISTA.

Análisis de situación y contexto

Estamos instaurando procedimientos en el servicio: revisión de vías periféricas, higiene de manos, riesgo de caídas, identificación, riesgo de UPP, medidas de seguridad para evitar errores en la medicación... y el propósito es evaluar a través de la experiencia del paciente, si estas actuaciones están sirviendo y si estamos consiguiendo evitar daños a nuestros pacientes.

Descripción de la intervención de mejora

Para ello, se propone elaborar una herramienta de comprobación (*check*) para evolucionar la sistemática de trabajo actual a un ciclo de mejora continua (Ciclo de Deming), basándonos en la experiencia del paciente en materia de seguridad.

Hemos introducido dentro del proceso de atención del paciente, un punto de control que nos aporte información sobre las debilidades y fortalezas de las medidas de seguridad adoptadas en nuestro servicio.

Para ello se siguieron los siguientes pasos:

- Identificación de las macrocausas de los errores más frecuentes
- Elaboración del documento fuente de la entrevista a llevar a cabo.
- Elaboración del procedimiento: Identificación del personal involucrado. Quién realizará las entrevistas; Pacientes objeto de las entrevistas; En qué momento de la hospitalización; Metodología de análisis de datos. Frecuencia; Identificación de mejoras (elaboración de grupos de trabajo); Implantación de mejoras; implantación del procedimiento e iteración poniendo el foco en la mejora continua.

Evaluación y resultados

Las debilidades más claras de nuestro servicio en materia de seguridad son: la falta de pulsera identificativa (el error más frecuente evaluado), seguido de los errores en medicación, UPP y errores relacionados con los procedimientos quirúrgicos.

Tras evaluar la percepción de seguridad de nuestros pacientes con los cuidados que prestan los profesionales de enfermería, el resultado es Muy Seguro/Bastante Seguro el 85% de los pacientes entrevistados.

Respecto a las posibilidades de mejora solicitadas por los usuarios, se concentran la mayor parte de ellas en la limpieza y mejora del mobiliario (73%).

Conclusiones

Las entrevistas han servido, además de conocer y corregir las debilidades en materia de seguridad detectadas en nuestro servicio, para mejorar la cultura de seguridad de los pacientes, promoviendo su participación y empoderamiento en materia de seguridad.

Con la creación de los grupos de trabajo, se ha querido implicar a los profesionales en la identificación e implantación de mejoras, mejorando su cultura de seguridad.

Se ha empoderado al paciente. La entrevista ha conseguido mejorar la satisfacción de los usuarios al sentirse protagonistas del proceso de hospitalización al percibir que nos preocupamos por su seguridad.

CAÍDAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, UN EVENTO ADVERSO EVITABLE

Autores: VERA HERNÁNDEZ S, GARCÍA RÍOS MR, HERNÁNDEZ CORRAL IM, RUBIO GÓMEZ I, GARCÍA INIESTA MI

Palabras clave: PREVENCIÓN, CAÍDA, PEDIATRÍA, RIESGO, EVENTO ADVERSO.

Análisis de situación y contexto

Las caídas en el ámbito sanitario representan un problema común y persistente. Más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas. Según la OMS, niños y niñas constituyen un grupo de riesgo, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, y todo esto se ve agravado ante un ingreso hospitalario.

Descripción de la intervención de mejora

Para responder a esta realidad, en marzo de 2020 se crea en nuestra unidad un grupo de trabajo formado por personal de enfermería, cuyo objetivo va a ser el análisis de las circunstancias en las que se produce este evento adverso y la elaboración e implementación de intervenciones para disminuir la incidencia de caídas en pediatría.

Se llevaron a cabo numerosas reuniones del grupo de trabajo donde se marcaron las siguientes líneas prioritarias de actuación:

1. Elaboración de un protocolo de prevención de caídas en el ámbito hospitalario pediátrico.
2. Establecer la escala Humpty Dumpty para la evaluación del riesgo de caídas en niños y niñas de 0-14 años.
3. Identificador visual como paciente de riesgo de caídas en la historia clínica digital y en la pulsera identificativa mediante código de colores.
4. Elaboración de tríptico informativo sobre Prevención de caídas que se entregará a la familia al ingreso.
5. Difusión en diciembre de 2020 a todos los profesionales de la unidad de una sesión formativa para dar a conocer el protocolo de caídas y el resto de medidas que se van a implantar.

Evaluación y resultados

En enero de 2021 se pone en funcionamiento en nuestra unidad el protocolo de prevención de caídas pediátricas.

Existe participación activa de las familias en la prevención, que se fomenta desde la unidad mediante la educación y entrega al ingreso del tríptico informativo.

Se comprueba en general una mejora de la Cultura de Seguridad de los profesionales.

Conclusiones

El Protocolo de prevención de caídas en Pediatría nos sirve de guía para realizar acciones de prevención de este tipo de incidentes, sus posibles complicaciones y consecuencias, todo ello dentro del marco de seguridad del paciente.

En este proceso, los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la detección de las causas de las caídas y en su evaluación, así como en la educación de pacientes y cuidadores y en general, en la sensibilización en este tema.

EXPERIENCIA DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE ACCIÓN ANTE SEGUNDAS VÍCTIMAS

Autores: GUTIÉRREZ GINER MI, DE LA CRUZ-RUANO FERRER F, PEÑATE RODRÍGUEZ MM, COBIÁN MARTÍNEZ J, MORA LOURIDO C

Palabras clave: PLAN DE ACCIÓN, SEGUNDAS VÍCTIMAS.

Análisis de situación y contexto

Cuando en el proceso asistencial se produce un evento adverso toda la atención inicial debe ir dirigida a la primera víctima, es decir, el paciente y su familia. No obstante se debe también atender a la segunda y tercera víctima, respectivamente, el profesional implicado y la institución. Para ofrecer apoyo al profesional e intentar mitigar las consecuencias emocionales del evento adverso, nuestro Complejo Hospitalario ha elaborado un Plan de acción ante segundas víctimas.

Descripción de la intervención de mejora

La seguridad del paciente es un eje prioritario del Plan Estratégico 2018-2022 de nuestro Complejo. Para ello se constituyó el Comité de Seguridad del Paciente que puso en marcha el procedimiento de Gestión de la Seguridad en el Complejo, compuesto por 12 Líneas Estratégicas. Para dar cumplimiento a la *Línea Estratégica 8: Evaluación de la Segunda y Tercera Víctima*, se creó el Grupo de Trabajo de 2ª y 3ª Víctimas, que elaboró el *“Plan de Acción ante Segundas Víctimas”*. El objetivo general de dicho plan es asegurar una respuesta adecuada y proporcional ante un evento adverso con consecuencias graves. Como objetivos específicos: entender el fenómeno de la segunda víctima, establecer cauces de apoyo directo a éstas que den respuesta a la casuística más frecuente y que permitan mejorar las condiciones de seguridad clínica del centro. Si bien es sabido que para resolver el conflicto emocional, la segunda víctima se apoya en su entorno y compañeros más cercanos, se creó un grupo de profesionales entrenados para escuchar y ofrecer apoyo a la segunda víctima así como un circuito de derivación preferente a salud mental, por si fuese necesario. Se presentó el Plan de acción al Complejo y de manera más personalizada a los Servicios más sensibles y con mayor prevalencia de eventos adversos, difundiendo cartelería por el Complejo y proporcionando un teléfono para contactar con el grupo de expertos.

Evaluación y resultados

Desde el inicio del proyecto hasta el comienzo de la pandemia, ningún profesional contactó con los profesionales expertos, por teléfono o correo electrónico, aunque ocurrieron eventos adversos.

Conclusiones

Es fundamental el apoyo a la segunda víctima de un evento adverso. No obstante, la cultura de su comunicación y atención aún no está implantada, probablemente por la percepción negativa y punitiva que se suele tener ante la segunda víctima. Por ello se hace necesario disponer de este Plan y darle la máxima difusión para que los profesionales se vean apoyados.

PROTOCOLO PARA EL CIRCUITO DE MUESTRAS CON DESTINO “ANATOMÍA PATOLÓGICA” DESDE EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores: NAVARRO GARCÍA V, DURÁN MUÑOZ-CRUZADO V, SÁNCHEZ RUBIO M, RODRÍGUEZ GONCET C, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ JC

Palabras clave: PROTOCOLO, CIRCUITO, MUESTRAS.

Análisis de situación y contexto

El análisis de los eventos adversos notificados relacionados con los errores en el manejo y procesamiento de muestras de anatomía patológica (AP) conduce a la revisión del circuito y protocolos existentes para dicha actividad encontrando la necesidad de una reestructuración de los mismos.

Descripción de la intervención de mejora

El propósito de la intervención es estandarizar el proceso de recogida, preparación, conservación e identificación de muestras biológicas en el Bloque Quirúrgico (BQ) para estudio por el servicio de AP, garantizando la forma correcta/óptima de hacerlo y evitar errores que puedan convertirse en eventos adversos para pacientes y para los propios profesionales implicados en el proceso.

Para esto se formó un grupo de mejora para trabajar en la consecución del objetivo propuesto mediante la revisión y análisis de:

- los eventos adversos notificados durante los dos últimos años, relacionados con el procesamiento de muestras para su análisis anatomopatológico,
- los componentes del circuito actual de las muestras desde quirófano hasta su recepción en el servicio de AP,
- el protocolo para el circuito de muestras con destino AP desde el BQ.

Se identificaron los problemas del proceso actual y las áreas de mejoras potenciales.

Se desarrolló un Diagrama de Flujo acerca del actual sistema de recolección de muestras dentro del área quirúrgica.

Evaluación y resultados

Se ha actualizado el protocolo y se ha implementado, estableciendo responsabilidades de los diferentes cambios que recaen sobre los responsables médicos y de enfermería del BQ y que fundamentalmente son los siguientes:

- Disponibilidad de los recursos necesarios para la recogida, conservación e identificación de muestras biológicas.
- Circuito y organización adecuada para su traslado al Servicio de AP.
- Cumplimentación de la Orden Clínica de Solicitud de Estudio antes del envío de la muestra.
- Recogida de la muestra comunicando el órgano y/o procedencia de la muestra al resto de equipo quirúrgico.
- Identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento.

Conclusiones

Con la Introducción de los cambios descritos para el circuito de muestras biológicas con destino al servicio de AP y su monitorización, será posible medir la reducción en el número de eventos adversos relacionados con una práctica inadecuada en su procesamiento y envío a dicho servicio, implementando así prácticas seguras en relación al tratamiento y diagnóstico de los pacientes.

El establecimiento de protocolos claros y la revisión de los mismos son tareas necesarias para plantear soluciones de mejora que recaen directamente sobre la seguridad del paciente.

ACTUACIÓN FARMACÉUTICA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE CISATRACURIO

Autores: AGUADO PAREDES A, MOÑINO DOMÍNGUEZ L, VALERA RUBIO M, MARTÍNEZ SUÁREZ A

Palabras clave: CISATRACURIO, DILUCIÓN, DESABASTECIMIENTO.

Análisis de la situación y contexto

El cisatracurio es un relajante del músculo esquelético utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos para facilitar la intubación traqueal y la ventilación mecánica. La alta tasa de ocupación de estas unidades por pacientes Covid-19 positivo durante la pandemia ha generado problemas de suministro de este fármaco. Tras la imposibilidad de adquirir cisatracurio 2mg/ml, dosis habitualmente usada, el hospital se abasteció de este fármaco con una concentración mayor, 5mg/ml. Al ser el cisatracurio considerado un medicamento de alto riesgo por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP), y ante el peligro que suponía que se administrase la presentación de 5mg/ml, se acordó con la Unidad de Cuidados Intensivos su dilución para la obtención de cisatracurio 2mg/ml.

Descripción de la intervención de mejora

En primer lugar, se realizó un análisis de riesgo según las directrices contenidas en la "Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria" con el fin de determinar el nivel del sistema de calidad que debía aplicarse. Este análisis dio como resultado que estábamos ante una "preparación de riesgo medio" la cual exigía ser preparada en el Servicio de Farmacia en cabina de flujo laminar con entorno controlado (sala blanca) y que debía ser almacenada durante un tiempo no superior a 9 días entre 2°C y 8°C, según la matriz de riesgo.

Para su elaboración se utilizaron jeringas Luer-lock con 20 mL de cisatracurio 5 mg/mL y 30 mL de suero fisiológico al 0,9%. Este procedimiento se llevó a cabo en las cabinas de flujo laminar horizontal de las salas blancas del área de Farmacotecnia por personal cualificado. Cada jeringa iba correctamente identificada con la composición, lote, caducidad y modo de conservación, envasada y protegida de la luz.

Evaluación y resultados

Esta actuación por parte del Servicio de Farmacia permitió evitar posibles errores de sobredosificación y preparar el cisatracurio en las condiciones que requería el nivel de riesgo de la preparación. Como resultado, no se ha notificado ningún problema relacionado con este medicamento durante el periodo en que se estuvo administrando a los pacientes.

Conclusiones

El servicio de Farmacia actuó de forma anticipada garantizando la seguridad del paciente y subsanando cualquier riesgo que pudiera generar el desabastecimiento de cisatracurio 2mg/ml.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA INCREMENTAR LA CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Autores: LEA PEREIRA MC, CASTRO VIDA MA, CÁRDENAS RODRÍGUEZ JA, ÁLVAREZ MORENO ML, GARCÍA TORRECILLAS JM

Palabras clave: CONCILIACIÓN, SEGURIDAD, MEDICACIÓN

Análisis de la situación y contexto

La conciliación de medicación y la continuidad asistencial son nucleares para la minimización de errores y mejorar la calidad percibida. El análisis de la situación actual indica que los errores recaen fundamentalmente en dos momentos: al ingreso y alta del paciente, momentos claves optimizables y de repercusión favorable a corto plazo en la seguridad del paciente.

Descripción de la intervención de mejora

Introducción de una herramienta informática asociada a la historia clínica que ayuda a optimizar la conciliación al ingreso en un servicio de Medicina Interna (SMI), acompañada de ciclo formativo (método expositivo, 2 sesiones/mes, 2 meses). Se administrará una encuesta de satisfacción antes y tras cerrar la intervención, previo al análisis.

Objetivo Principal: Incrementar la frecuencia de actos de conciliación de medicación al ingreso y alta de los pacientes hospitalizados y mejorar los indicadores de satisfacción (del profesional y paciente).

Objetivo Específico 1: Detectar si existe un incremento significativo en la proporción de conciliaciones realizadas tras intervención.

Objetivo Específico 2: Mensurar la magnitud de los cambios en los niveles de satisfacción general de los profesionales frente a los basales, tras la implementación de la intervención.

Evaluación y resultados

Trabajo de diseño ambispectivo. Durante la última semana del mes de Marzo/2021 se expuso en sesión intra-servicio la herramienta informática de conciliación y se aportaron los conocimientos oportunos para reforzar la motivación del personal con el propósito de incrementar la proporción de conciliaciones (ingreso/alta).

En el periodo Abril-Junio se recogerán datos relativos a las variables de conciliación y relacionadas. Se seleccionará una muestra aleatoria de 100 informes de alta/último trimestre 2020, que servirá como componente histórico del estudio retrospectivo y para determinar la línea situacional del servicio en cuanto a conciliación.

Posteriormente se realizará una comparación de las variables principales antes (datos históricos, último trimestre 2020) y tras intervención (periodo Abril-Junio 2021). El tamaño muestral post-intervención será de 100 unidades muestrales de historia clínica (selección tabla números aleatorios).

Conclusiones

Tras la intervención se espera un incremento en las tasas de conciliación (antes-después) no inferior al 50% con los beneficios para la seguridad del paciente derivados de ello.

Asimismo, se espera un incremento en la satisfacción del profesional derivado de la adquisición de nuevos hábitos e implementación de medidas que aumenta la seguridad del paciente.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGÍA

Autores: AZNAR GARCÍA M, CANTO MANGANA J, RUBIO CALVO D, HERRERA EXPÓSITO M, BRETONES PEDRINACI JI

Palabras clave: ETIQUETADO, ADMINISTRACIÓN, ELABORACIÓN, MAR, RIESGO

Análisis de la situación y contexto

Los errores relacionados con la medicación son un problema sanitario que puede tener serias consecuencias para el paciente, especialmente con los denominados Medicamentos de Alto Riesgo (MAR). Numerosos estudios han mostrado altas tasas de error relacionadas con la administración de medicación por la falta de una identificación clara del fármaco tras su preparación previa administración.

Descripción de la intervención de mejora

Desde el Servicio de Farmacia, en consenso con el equipo de enfermería de la Consulta de Broncoscopias, se propone un etiquetado identificativo para los preparados medicamentosos que se elaboran en el momento de la prueba, siendo algunos de ellos MAR. Durante la preparación del paciente para la broncoscopia, está protocolizada la elaboración de preparados de midazolam, adrenalina, atropina y lidocaína. Hasta el momento de la intervención, se identificaban rotulando el contenido en la superficie de la jeringa. Además a partir de esta iniciativa, se procede a la estandarización de estos preparados. El nuevo etiquetado contiene el nombre del fármaco, la concentración y el volumen del preparado; además se aplica un código de colores según grupo terapéutico para facilitar la identificación: Adrenalina 1 mg/1mL (drogas vasoactivas, color naranja), atropina 1mg/1mL (antagonistas muscarínicos, verde con el fondo punteado), lidocaína 2% (anestésicos, rosa), midazolam 5 mg/5mL (benzodiacepinas, azul). El etiquetado se elabora y se suministra desde farmacia solicitándose a través de la Gestora de Consultas Externas de Neumología según las necesidades, asegurando stock.

Evaluación y resultados

Se realiza una reunión con parte del equipo de enfermería con el fin de que nos transmitan sus impresiones y las incidencias registradas. Con el nuevo formato de identificación, se han disminuido las confusiones entre el personal ya que no hay errores de interpretación de caligrafía, mejora la identificación de la medicación, necesaria en momentos de urgencia. Debido a la estandarización de los preparados medicamentosos utilizados, no se registran confusiones durante la práctica de la prueba funcional relacionados con la preparación. El personal de enfermería refiere una mejora en su práctica clínica y de la seguridad del paciente.

Conclusiones

Desde el SFH, que es referente en el uso seguro del medicamento, se pueden liderar numerosas iniciativas dirigidas a la seguridad del paciente en colaboración con el resto de servicios del hospital. En este caso, la estandarización y el empleo de un etiquetado identificativo y claro de los preparados medicamentosos mejora la práctica asistencial facilitando la labor y disminuyendo errores de medicación, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA RESILIENCIA PROFESIONAL Y ESPACIOS DE TRABAJO SEGUROS

Autores: CÓRDOBA GARRIDO L, HUIZING E

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, RESILIENCIA, GESTIÓN DE RIESGOS, GESTIÓN PROACTIVA.

Análisis de la situación y contexto

La actual crisis sanitaria por la infección pandemia por SARS-CoV-2 ha ocasionado un evento adverso en las segundas y terceras víctimas en nuestra organización por varios motivos: se ha producido un daño moral en los profesionales y daño en los pacientes con consecuencias graves. Para ello es recomendable valorar la situación actual de nuestros profesionales, desde varias perspectivas: ¿Cómo se sienten? ¿Cómo han vivido la situación de la crisis sanitaria? ¿Qué cambiarían? Si no actuamos sobre los problemas, las situaciones se repiten y se agravan; por tanto, es fundamental que como organización hagamos un ejercicio de reflexión institucional: actuar, aprender de nuestros errores y mejorarlos.

Objetivos: Realizar un diagnóstico interno para mejorar la situación de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud. Implementar estrategias de mejora, priorizando acciones.

Descripción de la intervención de mejora

Se crearon grupos de trabajo locales multidisciplinarios e interniveles en cada centro sanitario para evaluar la situación interna, aplicación de los cuestionarios, análisis DAFO y desarrollar el plan de acción.

En el proyecto participaron 20 centros (6 Área Gestión Sanitaria (40%), 5 Distrito Sanitario Atención Primaria (30%), 9 Hospital (70%).

La intervención se realizó en varias fases:

Fase 1: El proyecto se inicia con la creación de un grupo de trabajo autónomo desde Dirección General de Asistencia Sanitaria en la que han participado profesionales de diversos perfiles profesionales.

Fase 2: Análisis de la situación prospectivo e inductivo con la utilización de cuestionarios e informes aportados por los centros mediante la aplicación metodología DAFO.

Fase 3: Desarrollo de un catálogo de herramientas para poner en marcha en los centros.

Fase 4: Puesta en marcha del proyecto de mejora en los centros mediante la creación de los grupos de trabajo locales.

Evaluación y resultados

Los principales resultados del DAFO han detectado 24 Debilidades, 23 Amenazas, 20 Fortalezas y 29 Oportunidades de mejora que han derivado en la priorización de 21 líneas de acción y elaboración de 56 recomendaciones y acciones de mejora. Como fortaleza, no sólo pretende contribuir a una retroalimentación inmediata para corregir problemas, también a un cambio en el proceso de gestión de seguridad para profesionales y ciudadanos.

Conclusiones

En los centros que han aplicado esta estrategia se ha evidenciado una mejora organizativa interna y de clima laboral, ya que una organización inteligente que pretende mejorar, es fundamental que evalúe si lo que se ha hecho está bien y actúe para mejorarlo, conjuntamente entre profesionales y directivos de los centros, siguiendo el ciclo básico en gestión de la calidad y analizarlo metodológicamente desde el punto de vista de implicadas.

ADECUACIÓN DE LOS OPIÁCEOS A LOS SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: FERNÁNDEZ RUBIO B, RODRÍGUEZ DE FRANCISCO L, LADRÓN-GUEVARA GARCÍA M

Palabras clave: OPIÁCEOS, ISMP, ARMARIOS, DISPENSACIÓN, SEGURIDAD.

Análisis de la situación y contexto

De acuerdo con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos en España (ISMP), los opiáceos (tanto en forma intravenosa como transdérmica y oral) son medicamentos de alto riesgo, por lo que se recomienda estandarizar su almacenamiento para evitar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Con el fin de mejorar la seguridad en relación a la medicación, la mayoría de hospitales han implantado sistemas automáticos de dispensación en las plantas de hospitalización (armarios automatizados, de configuración flexible, que almacenan y dispensan medicación) que contienen cajones de máxima seguridad con tapa que sólo se pueden abrir si el fármaco ha sido prescrito por un médico. Los opiáceos deben estar almacenados en este tipo de cajones.

Descripción de la intervención de mejora

Se llevó a cabo un análisis de todas las presentaciones de opiáceos existentes en un hospital de tercer nivel y disponibles en los sistemas automáticos de dispensación instalados en las distintas plantas del hospital. A continuación, se comprobó qué opiáceos no estaban almacenados en cajones de máxima seguridad. Finalmente, se procedió a reorganizar los cajones en colaboración con técnicos de farmacia y personal de enfermería de las plantas, de manera que todos los opiáceos quedaron almacenados en cajones de máxima seguridad.

Evaluación y resultados

Los opiáceos encontrados en los 67 armarios automáticos de dispensación existentes en el hospital fueron: naloxona 0.4 mg inyectable, tramadol clorhidrato inyectable (100 mg/2 ml) y cápsulas (50 mg), metadona comprimidos (2.5, 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 90, 100 y 120 mg) e inyectable (10 mg/1 ml), oxicodona/naloxona comprimidos (20 mg/10 mg), fentanilo parches (12, 25, 50, 75 y 100 mcg) e inyectable (150 mcg/3 ml), remifentanilo 5 mg inyectable y morfina inyectable (1, 2 y 4%), jarabe (2 mg/mL) y comprimidos (5, 10, 20, 30, 60 y 100 mg).

El 85.42%, 76.92%, 3.79%, 7.33%, 20% y 8.86% de la naloxona, tramadol, metadona, fentanilo, remifentanilo y morfina, respectivamente, no estaban incluidos en cajones de máxima seguridad.

Tras la reorganización, todos los opiáceos quedaron almacenados en cajones de máxima seguridad.

Conclusiones

Gracias a la revisión de la ubicación de todos los opiáceos, se colocaron en los cajones de máxima seguridad de los sistemas automáticos de dispensación de las plantas del hospital, evitando así incidentes potencialmente graves relacionados con estos fármacos. Revisiones similares se deberían llevar a cabo con todos los fármacos incluidos en la lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURAS DE FÁRMACOS TERMOLÁBILES EN UNIDADES CLÍNICAS

Autores: MOÑINO DOMÍNGUEZ L, MARTÍNEZ SUÁREZ A, AGUADO PAREDES A, DOMÍNGUEZ MORALES C, MERINO BOHÓRQUEZ V

Palabras clave: TEMPERATURAS, MEDICAMENTOS, TERMOLÁBILES.

Análisis de la situación y contexto

Muchos factores inciden en la estabilidad de un medicamento durante su almacenamiento en los hospitales, comprometiendo su eficacia y la seguridad de los pacientes. Uno de ellos es la temperatura, por tanto, la correcta conservación de los fármacos termolábiles dentro de los rangos establecidos (2°–8°C) es esencial; cualquier desviación puede tener un alto impacto en la eficacia, seguridad y calidad.

Actualmente, la mayoría de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de nuestro hospital poseen frigoríficos de calidad doméstica para conservar medicamentos termolábiles, y el registro de temperaturas se efectúa manualmente usando termómetros digitales. Instalar frigoríficos que permitan mantener temperaturas interiores constantes y conseguir una medición continua de la temperatura de almacenamiento es un apartado de mejora.

Descripción de la intervención de mejora

A propuesta del Servicio de Farmacia, se llevó a cabo la sustitución de las neveras domésticas por frigoríficos con calidad de laboratorio junto con dispositivos digitales de registro continuo de temperatura (*data loggers*) en varios servicios del hospital. Estos frigoríficos constaban de una puerta de cristal para facilitar la visualización previa del medicamento y evitar la apertura continua de puertas, indicador de temperatura externo digital y señal de aviso óptica y sonora con fluctuación de $\pm 2^{\circ}\text{C}$. En cada uno de ellos se instaló un *data logger*, se programó un intervalo de recogida de temperatura de 20 minutos y se formó a enfermería en el uso del Software. Semanalmente los datos de temperatura máxima, mínima y media, junto con los gráficos resultantes son exportados a Excel, almacenados y enviados al Servicio de Farmacia.

Evaluación y resultados

La instalación de frigoríficos con calidad de laboratorio permitió evitar fluctuaciones importantes de las temperaturas. Con la puesta en marcha del software se consiguió pasar de una anotación manual de máximos y mínimos de temperatura a un registro digital con medición continua y conservación de datos históricos. Además, permitió lograr mejor posicionamiento en las acreditaciones de calidad.

Conclusiones

La adquisición de refrigeradores con calidad de laboratorio y el reemplazo de los termómetros convencionales por *data loggers* es una medida eficaz y eficiente que permite aumentar la calidad y seguridad del uso de medicamentos.

Tener acceso a los registros de temperatura de manera continua y en tiempo real, permite una rápida respuesta por parte de los sanitarios cuando la cadena de frío ha sufrido alteraciones, evitando el uso de medicamentos que no cumplan con los estándares mínimos.

INTERVENCIONES EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS: EFECTOS EN LA REDUCCIÓN DEL EVENTO

Autores: ARANDA GALLARDO M, RIVAS RUIZ F, ENRÍQUEZ DE LUNA-RODRÍGUEZ M, MOYA SUÁREZ AB, BARRERO SOJO S

Palabras clave: CAÍDAS, PREVENCIÓN, HOSPITAL.

Análisis de la situación y contexto

Las caídas accidentales suponen la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Entre pacientes mayores de 65 años hospitalizados se ha demostrado que el número de caídas sufridas en el año anterior es un predictor significativo de deterioro funcional, con una repercusión negativa para la realización de actividades básicas de la vida diaria. En nuestro centro sanitario existe una Comisión de Prevención de Caídas que, entre otras actividades, es responsable de mantener actualizados los procedimientos de prevención y actuación, así como de difundirlos entre el personal. Tras la realización de varios estudios relacionados con los instrumentos de valoración del riesgo de caídas, se planteó la elaboración de una guía de prevención y actuación basada en la evidencia científica más reciente, y su difusión entre los profesionales de Enfermería y celadores.

Descripción de la intervención de mejora

La guía de prevención y actuación ante una caída se elaboró en 2016. Durante el primer semestre de 2017 se llevó a cabo la implantación y difusión entre el personal, que consistió en la realización de sesiones formativas de corta duración repetidas en distintos días y horarios en el salón de actos del centro para facilitar la asistencia de los profesionales, que era obligatoria y se había vinculado a sus objetivos. Se asignaron profesionales referentes de prevención de caídas en cada Unidad. Se desarrollaron herramientas educativas para pacientes, familiares y profesionales.

Evaluación y resultados

Se realizaron 14 sesiones formativas con la asistencia de 488 profesionales. Se elaboró un tríptico dirigido a pacientes y familiares con medidas de prevención en el hospital y en domicilio, y cartelería con algoritmos de actuación para el personal. Se actualizaron los registros de valoración de Enfermería y el de caídas para adaptarlo a las recomendaciones de la guía. Se designaron 14 profesionales referentes en las distintas Unidades del centro. La incidencia acumulada de caídas disminuyó progresivamente, pasando de 19,6 caídas/100.000 estancias en 2015 a 11 en 2019.

Conclusiones

La ingente actividad científica de la comisión y las intervenciones formativas intensivas sobre el personal de Enfermería y la implicación de los profesionales asistenciales en materia de prevención de caídas han conseguido reducir este problema en el centro. Se plantearán nuevas actualizaciones de guías de actuación y estrategias formativas periódicas para mantener el efecto observado.

GESTIÓN DE LAS INTERRUPCIONES DE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: PORTILLO GONZÁLEZ JA, GARCÍA CABEZAS S, GINÉS SANTIAGO F, PALACIOS EITO A

Palabras clave: RADIOTERAPIA, INTERRUPCIONES, ONCOLOGÍA.

Análisis de la situación y contexto

La radioterapia es responsable de la curación del 40% de los tumores malignos. Generalmente se administra de forma fraccionada en el tiempo para maximizar su índice terapéutico: conseguir el máximo control tumoral con mínimos efectos secundarios en los tejidos sanos. Habitualmente se administran 5 fracciones/semana (lunes-viernes).

Las interrupciones del tratamiento radioterápico son frecuentes, muchas programadas, como los días festivos y las horas de mantenimiento requeridas por los equipos. Además, se asocian interrupciones no programadas, como las averías y las motivadas por la situación socio-sanitaria del paciente.

Disponemos de evidencia científica de que la prolongación del tiempo total de tratamiento (TTT) reduce la probabilidad de control tumoral 1-2% por día prolongado frente a su duración estándar. Esta pérdida de control tumoral es máxima en tumores de rápida repoblación tumoral, como los de estirpe escamosa.

Descripción de la intervención de mejora

Nuestro servicio, ante una necesidad secundaria al recambio de un acelerador, instauró un plan de contingencia que contemplaba tratamientos los sábados para aumentar la capacidad asistencial. Tras la contingencia se decidió mantener los sábados a efectos de compensar las interrupciones del tratamiento radioterápico. Adicionalmente, desde el 15/02/2021 se implantó un protocolo que conllevaba una reunión semanal con representación de todos los profesionales implicados para revisar el calendario y establecer la compensación óptima para todos los pacientes en tratamiento.

Evaluación y resultados

Se ha analizado, cuantificado y comparado el TTT óptimo programado y el real de los pacientes con tumores de estirpe escamosa tratados en 2 periodos (10/02/2020-15/05/2020 y 15/02/2021-15/5/2021). Comparación de un periodo con el protocolo implantado, con otro similar donde aun disponiendo de la jornada de sábados para compensar, ésta se realizaba de forma no protocolizada. Se ha objetivado una prolongación media de 3.59 días en el periodo de 2020 frente a 0.43 días tras la implantación del protocolo ($p=0.000$).

En 2020, un 7.3% completaron el tratamiento sin prolongación, 48.8% prolongaron 1-2 días y 43.9% más de dos días. Los pacientes tratados en 2021: 56.7% terminaron el tratamiento sin prolongación y 30% prolongaron 1-2 días.

Conclusiones

El protocolo implantado se considera efectivo.

La disponibilidad de los sábados para administrar tratamientos es un elemento clave en la compensación de las interrupciones.

La revisión semanal de todos los calendarios de forma multidisciplinar con decisión consensuada del plan de procedimiento.

ANÁLISIS DEL USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores: CABEZA CÁCERES R, MORA CABALLERO M

Palabras clave: ANÁLISIS, MEJORA, LVQ.

Análisis de la situación y contexto

La seguridad del paciente es *"la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria"*. En el año 2007, la OMS emprendió múltiples iniciativas a escala mundial para la seguridad de los pacientes quirúrgicos; fue entonces cuando se desarrolló el Segundo Reto Mundial por la seguridad del paciente, *La cirugía segura salva vidas*. La puesta en marcha de este objetivo comenzó definiendo un conjunto básico de normas de seguridad para ser aplicadas en los quirófanos. Estas normas básicas se incluyen en el listado de verificación quirúrgica (LVQ) y su correcta aplicación antes, durante y al final de las intervenciones reduce la probabilidad de daño evitable en los pacientes.

Descripción de la intervención de mejora

Nuestro objetivo es conocer la adherencia al LVQ por parte de los profesionales del Quirófano e identificar áreas de mejora y proponer soluciones.

Para ello se lleva a cabo un corte de una semana de intervenciones programadas en el mes de marzo de 2021, con un total de 72 pacientes, y otra semana en Abril, del 19 al 26, de intervenciones urgentes (20 pacientes).

Se determina el grado de cumplimentación de los diferentes ítems incluidos, por parte de los diferentes profesionales que intervienen: anestesista, cirujano y enfermeros (preguntas antes de la incisión, antes de la inducción y antes de la salida). Se identifican las áreas de mejora.

Evaluación y resultados

Hay un cumplimentación del 100% de las 72 historias clínicas y de las 20 intervenciones urgentes.

No así respecto a la parte de notificación de Previsión de Eventos Críticos, concretamente falta un 73% en los cirujanos, un 89% en anestesistas y un 62% en enfermería.

Los enfermeros responden al 100% una de las dos preguntas formuladas en el *checklist*: ¿se ha confirmado la esterilidad?

La no contestada al 100%: ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental de los equipos?

Conclusiones

Se detecta una rutina adquirida con una buena adherencia al cumplimiento del *checklist* quirúrgico tanto en los pacientes quirúrgicos programados como en los urgentes.

Llama la atención la no respuesta del 62% de los enfermeros a las preguntas, por lo que se deduce que dichas preguntas se malinterpretan, por estar mal formuladas de forma que preguntan y no afirman si se ha hecho.

Se propone modificar la forma de preguntar respecto a la Previsión de Eventos Críticos, no formulando una pregunta, para evitar malos entendidos, sino afirmando:

"El cirujano revisa: los pasos críticos e imprevistos...", "El anestesista revisa: si el paciente presenta algún problema imprevisto...", "El enfermero revisa: si paciente..."

EXPERIENCIA DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Autores: IGLESIAS ASENJO E, LUIS VEGA J, GARCÍA FERNÁNDEZ S, HALLOUCH S, CALVO BERNAL M

Palabras clave: MEJORA, COMUNICACIÓN, EVENTOS, ADVERSOS.

Análisis de la situación y contexto

En nuestro hospital no existía una cultura de notificación de eventos adversos. Que no se notificaran no significaba que no existieran y se perpetuaba el círculo vicioso en el que el desconocimiento impedía plantear medidas correctoras.

Era necesario modificar la cultura de notificación en todas las categorías profesionales de nuestra Unidad de Gestión para conocer la realidad, realizar un análisis, establecer puntos prioritarios de mejora e implementar medidas.

Había que empezar por la base y romper la resistencia atávica a notificar eventos, para lo que se decidió crear un Grupo de Trabajo multidisciplinar que promoviera la Seguridad del Paciente.

Elegir correctamente las personas y promover su formación específica sería el camino para conocer la cultura de la notificación, eliminar el recelo a la culpabilización y difundirlo entre los demás profesionales.

Si además todos los profesionales veíamos como se resolvían los problemas notificados, habríamos conseguido que la cultura de la seguridad del paciente empapara nuestra práctica cotidiana.

Descripción de la intervención de mejora

En 2016 se crea el grupo de Grupo multidisciplinar de Trabajo de Seguridad para el paciente en la UGC-Digestivo. Tras un periodo formativo y utilizando como base los escasos eventos adversos recogidos en 2016 se realizó un Mapa de Riesgo, Análisis de Modo de Fallos y sus Efectos. Se pusieron en conocimiento de los profesionales los resultados del trabajo, así como las medidas de mejora a implantar y sus resultados en salud y seguridad. Este *feed-back* incentivó una participación activa de los profesionales en la comunicación (inicialmente a la Unidad Local de Calidad) y posteriormente a través del Observatorio de Seguridad.

Evaluación y resultados

Durante los años 2017, 2018 y 2019 se registró un fuerte aumento en el número de eventos recopilados: 12, 12 y 11, respectivamente por año. El análisis de eventos y la implementación de medidas de mejora ha supuesto una disminución de dichos eventos de manera que en 2020 solo se recopilaron 8.

Conclusiones

La implantación de un Grupo multidisciplinar de trabajo para la Seguridad del Paciente ha proporcionado una herramientas de conocimiento, difusión y progresiva implementación de la cultura de la notificación de eventos adversos.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS DE ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO

Autores: MARTÍNEZ SUÁREZ A, AGUADO PAREDES A, MOÑINO DOMÍNGUEZ L, CASTILLEJO GARCÍA R, CASTILLO MARTÍN C

Palabras clave: FÁRMACO, FARMACOTERAPIA, INTERACCIONES, PRM.

Análisis de la situación y contexto

La digoxina es un fármaco con un estrecho margen terapéutico cuyas concentraciones séricas están influenciadas por: edad, función renal, balance hidroelectrolítico e interacciones farmacológicas. La digoxina genera un número elevado de problemas relacionados con la medicación (PRM) y es una causa frecuente de visita a Urgencias y de ingreso hospitalario. La sensibilidad del miocardio a los efectos de la digoxina aumenta con la disminución sanguínea de iones potasio y magnesio, pudiendo favorecer la intoxicación digitálica.

Descripción de la intervención de mejora

La validación farmacéutica es una actividad de prevención, identificación y/o resolución de PRM para mejorar la calidad de los procesos de prescripción e incluye la revisión de los parámetros analíticos del paciente. Con el fin de prevenir intoxicaciones digitálicas se propone, durante el periodo de tiempo comprendido entre junio-diciembre del año 2019, en un hospital de tercer nivel, la revisión de los valores séricos de potasio y de la medicación concomitante hipokalemiante en pacientes tratados con digoxina y la realización de intervenciones farmacéuticas en forma de recomendaciones en notas informativas en el programa de prescripción electrónica (Athos-Prisma). La hipokalemia se clasifica en: leve (concentración de potasio (K)=3-3,5 mEq/l); moderada (K=2,5-3 mEq/l) y grave (K<2,5 mEq/l).

Evaluación y resultados

Se incluyeron 74 pacientes ingresados. La edad media de los pacientes fue de 76,30 años (rango intercuartílico 84-69), siendo el 50,00% hombres. El 70,27% de los pacientes presentaban furosemina (hipokalemiante) asociada, de los cuales: 10 (17,30%) presentaban un diurético ahorrador de potasio y 7 (13,46%) suplementos de potasio. El 18,92% del total de los pacientes presentaba hipokalemia (10 leve, 2 moderada y 2 grave), presentando todos ellos furosemina asociada, 2 pacientes presentaban suplementos de potasio y 1 un diurético ahorrador de potasio asociado. Se realizaron recomendaciones informando sobre la hipokalemia y de la necesidad de introducir un diurético ahorrador de potasio y/o suplementos. El porcentaje de aceptación de las recomendaciones fue de un 71,43 %; a 7 pacientes se les añadieron suplementos de potasio y a 3 un diurético ahorrador de potasio.

Conclusiones

La validación farmacéutica incluye la realización de recomendaciones sobre el manejo de la farmacoterapia y alteraciones electrolíticas del paciente y contribuye en la prevención y detección de PRM. Las intervenciones farmacéuticas tuvieron un alto porcentaje. El abordaje multidisciplinar integral de los pacientes contribuye a la seguridad del proceso asistencial.

¿HEMOS CONFINADO TAMBIEN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? HACIA LA “NUEVA NORMALIDAD” EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: MONTILLA LÓPEZ C, MARTÍN CHACÓN R, RUIZ ROMERO MV

Palabras clave: NOTIFICACIÓN, EVENTOS, PANDEMIA.

Introducción

La seguridad del paciente se ha visto comprometida por la pandemia de Sars-Cov2 por muchas causas: falta de formación/información sobre la enfermedad, alta sobrecarga asistencial, escasez de recursos, acceso restringido a hospitalización por otros motivos, y, sobre todo, incremento de los riesgos sobre los pacientes derivados de una asistencia prestada en condiciones de emergencia sanitaria a nivel mundial, y hasta ahora insólita.

Durante este tiempo, además, los sistemas de notificación, al menos en nuestro hospital, no parecen haber sido una herramienta útil, fundamentalmente porque hemos apartado el foco de ellos debido a la presión asistencial, la falta de tiempo y el desconocimiento por parte del personal de nueva contratación, entre otros.

Objetivos

Estudiar el impacto generado por la situación de pandemia del año 2020 sobre el uso de la herramienta de notificación y el trabajo en seguridad derivado de ella.

Metodología

Análisis retrospectivo del uso de la herramienta de notificación durante los años 2018, 2019 y 2020.

Se evalúan: número total de notificaciones, gravedad de los eventos, profesional que notifica (cuando los hubiera), estado de los eventos notificados y trabajo derivado de esas notificaciones.

Resultados

Los datos referidos a los años 2018, 2019 y 2020 han sido los siguientes:

- número de eventos comunicados: 442, 506 y 378;
- peso de los eventos graves respecto al total: 6.0, 5.3 y 1.8 %;
- cierre y trabajo sobre eventos graves: 78.0, 63.0, y 28.0%;
- número de eventos relacionados con la pandemia: 0;
- identificación (voluntaria) del notificador e interés de participar en la solución del evento: 38.6, 34.5 y 38.4%.

Conclusiones

1. Ha disminuido drásticamente la comunicación de eventos adversos en nuestro hospital durante el año 2020, especialmente en los eventos graves.
2. Ha disminuido drásticamente el cierre de los eventos graves en la plataforma y la comunicación de medidas propuestas para la mejora.
3. Destaca la inexistencia de notificación de eventos relacionados con la pandemia en curso durante el año.
4. La identificación (voluntaria) del notificador y su intención a trabajar en el análisis del evento y/o de ser informado de las conclusiones finales (ítems que contiene la herramienta de notificación), se mantiene en 2020 igual que en años anteriores.
5. Creemos que estos datos pueden señalar que la situación de pandemia vivida ha tenido un impacto negativo claro en la calidad de la asistencia sanitaria, especialmente en la vigilancia de la seguridad del paciente.

AUTO-AUDITORÍA DE LA PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN HOSPITALARIA PARA UNA DISPENSACIÓN MÁS SEGURA

Autores: TEJEDOR TEJADA E, GÁMEZ TORRES D, VERDEJO RECHE F

Palabras clave: DISPENSACIÓN, MEDICAMENTOS, UNIDOSIS.

Objetivos

Con motivo de la incorporación de nuevos armarios automáticos verticales de dispensación de medicamentos en el servicio de farmacia hospitalaria, se decidió evaluar la preparación de la dispensación interna de medicamentos en un hospital de tercer nivel.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y ciego de la preparación de medicamentos a nivel hospitalario. El periodo de estudio fue de 3 meses de duración. Las herramientas utilizadas fueron las siguientes: el programa OxMaR para la aleatorización de los pacientes a evaluar, un formulario de evaluación de seguridad elaborado por farmacéuticos con experiencia en seguridad clínica y el programa Excel para registrar todos los resultados. Los datos recogidos fueron: localización del paciente, medicamentos prescritos, discordantes, causa de la discordancia y servicio.

Resultados

Se evaluaron un total de 2.868 dispensaciones de medicamentos, correspondientes a 300 pacientes hospitalarios durante el periodo de estudio. Se detectó un total de 58 (2,02%) medicamentos discordantes con lo prescrito por el facultativo.

Los principales errores fueron: 27 ausencia, 20 error en la dosis del medicamento, 1 error en la presentación y 34 errores de medicamento. Se corrigieron las discordancias y no llegaron al paciente.

Destacar los principales servicios evaluados: medicina interna (66 pacientes), hospitalización covid (48), cirugía general (33), neurología (24), digestivo (24), neumología (15), traumatología (15), cardiología (15), hospitalización paciente frágil (15), cirugía vascular (12), urología (12), neurocirugía (9), oncología(6), cirugía maxilofacial (6), nefrología (3) y hematología (3).

Conclusiones

Las auditorias como medidas de seguridad han demostrado una alta efectividad en la corrección de errores de dispensación de medicamentos a nivel hospitalario.

FACTORES DE RIESGO SOCIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS

Autores: PARRAS VACAS A, MARTÍN CALVO MC, MARTÍN ARRIERO IM

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, RIESGOS, URGENCIAS.

Objetivos

Identificar los posibles eventos adversos de tipo clínico o social para la seguridad del paciente, derivados de no prestar atención social a pacientes de riesgo, en urgencias.

Conocer los factores de riesgo social que los profesionales consideran necesarios para identificar los pacientes que precisen atención social durante su atención en las UUH.

Metodología

Se constituye un grupo de trabajo formado por 12 profesionales con los siguientes perfiles: médico adscrito a la Unidad de urgencias hospitalaria, médico de los dispositivos de urgencias extra-hospitalarios, trabajadores sociales de atención primaria de salud, trabajadores sociales de atención hospitalaria, enfermeras pertenecientes a la unidad de urgencias hospitalaria, enfermero adscrito a los dispositivos de urgencias extra-hospitalarios, enfermera adscrita a una unidad de gestión clínica de atención primaria, celador conductor de un punto de urgencias de un consultorio local.

El grupo realizó un análisis modal de fallo/efecto con el objetivo de identificar los factores de riesgo psicosocial más relevantes para la seguridad del paciente en Urgencias.

Resultados

En dicho análisis, se han identificado los siguientes factores de riesgo psicosocial clasificados en cuatro categorías, en función de la situación física/funcional del paciente, red de apoyo, vivienda y situación de maltrato, abandono o negligencia. Cada factor de riesgo tiene diversas categorías.

Se identifican hasta 12 riesgos para la seguridad derivados de la desatención social o atención tardía.

Conclusiones

La clasificación del riesgo social en urgencias como herramienta de tratamiento permite activar la intervención del profesional del trabajo social sanitario de forma precoz, dando lugar a estrategias concretas, sistematizadas y coordinadas con el propio hospital, con atención primaria de salud y con otras instituciones que pueden prevenir la aparición de sucesos adversos para el paciente en las esferas clínicas. El flujo de trabajo que se desencadena tras la clasificación del riesgo promueve el trabajo interdisciplinar e interinstitucional que trasciende a la esfera social del paciente en su propio ecosistema.

REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PROTOCOLOS Y CIRCUITOS IMPROVISADOS

Autores: MEJÍAS CALDERÓN R, MARTÍNEZ PRIETO V, GALINDO VACAS S, RAMÍREZ GARRIDO F, DEL POZO PÉREZ J

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, GESTIÓN DEL RIESGO, CORONAVIRUS.

Objetivos

Diseñar un mapa de riesgos con los puntos críticos para la seguridad del paciente que han podido surgir durante la pandemia, en el circuito asistencial del servicios cuidados críticos y urgencias (SCCU) y así establecer mejoras para prevenirlos.

Metodología

Se usa la metodología AMFE, un procedimiento sistemático y cualitativo, con un trabajo en equipo para detectar errores “potenciales” humanos y estructurales, que puedan tener repercusiones importantes y fomentar áreas de mejora para evitarlo. Para cada riesgo, se analiza la frecuencia, la gravedad y la detectabilidad, y su producto, es el índice de prioridad de riesgo (IPR) que evidencia las áreas de mayor riesgo y la prioridad de intervención.

Resultados

Los resultados se encuadraron en los siguientes 11 ítems de mayor a menor prioridad de riesgo:

- Equipos de protección individual (EPI) IPR 8x9x4: 288
- Tratamiento en la sala de parada (Box de críticos). IPR 7x9x4: 252
- Espacio físico disponible para diferenciar circuitos. IPR 9x9x3: 243
- Cuidados y tratamientos en área OBS. IPR: 9x8x3= 216
- Recepción del paciente. IPR 8x9x2: 144
- Traslado del paciente al alta, medicalizado o con enfermera IPR: 7x8x2: 112
- Realización de técnicas específicas. IPR 4x9x3: 108
- Obtención de muestras para analíticas. IPR 3X7X4: 84
- Realización de pruebas de radiodiagnóstico. IPR: 3x8x3= 72
- Consentimiento informado. IPR 5x7x2: 70
- Identificación del paciente. IPR: 3x7x3: 63

Conclusiones

Los IPR más altos, además de los relacionados con los EPI, pertenecen a infraestructuras y déficit de equipamientos (ejemplo: radiología portátil) que condicionan dificultades en los circuitos.

El miedo al contagio y la colocación-retirada e EPI conllevan una sobrecarga física y emocional en el profesional que conlleva al retraso en todos los pasos del circuito asistencial (circuito COVID y no COVID).

También suponen una dificultad en el proceso de identificación, recepción y traslado del paciente al dificultarse la comunicación verbal. No hay suficiente formación en actuaciones emergentes ni espacios físicos diferenciados.

Se proponen barreras para mejorar esos puntos: seguir comprobando NUHSA y pulsera identificativa como gold estándar en la identificación del paciente, usar Diraya movilidad (o en su defecto el método SBAR) para el traspaso de pacientes, auditorías de registro de constantes, cursos y simulacros sobre EPIS y patologías urgentes adaptadas al COVID (intubación endotraqueal con videolaringoscopia, simulacros de paradas cardiorrespiratorias en sospecha/confirmación COVID, ecografía pulmonar), actualizar y adecuar procesos asistenciales tiempo dependientes, obtener consentimientos informados digitalmente, actualizar protocolos constantemente y rentabilizar el espacio disponible para evitar la coincidencia de pacientes.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E, MENA MR, PELAYO-TROYANO MJ, FERNÁNDEZ-CASTRO EI

Palabras clave: AMFE, CAÍDAS, DETECCIÓN, FALLOS, EFECTOS.

Introducción

Dentro de la Seguridad del Paciente las caídas son uno de los efectos adversos que suceden en el ámbito hospitalario. Según la OMS una caída es una “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo contra su voluntad”. Dentro de los factores que puedan dar lugar a las caídas se encuentran los factores intrínsecos, propios del paciente y extrínsecos relacionados con el entorno. Las características de los pacientes hospitalizados en una Unidad de Medicina Interna los hace vulnerables a sufrir caídas: deterioro cognitivo, edad, medicación, estado psicomotor, soledad...

Objetivos

Conocer las causas y posibles actuaciones a realizar con el fin de minimizar el riesgo de caídas en nuestra unidad.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) en una Unidad de Medicina Interna, con la colaboración del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs). Se confecciona una tabla con el AMFE realizado, donde se refleja el fallo, el efecto, la causa, la gravedad, frecuencia y detectabilidad, el índice de prioridad del riesgo (IPR) y las acciones a realizar.

Resultados

Los principales resultados se resumen en: la falta de colocación de barandas en la cama (IPR=720), la agitación de pacientes (IPR=720) y la ausencia en el cribado de detección de riesgo de caídas (IPR=700), fueron las causas con un IPR más alto. La ausencia de familiares y la falta de colaboración de los mismos, obtuvieron un IPR bajo, siendo del 72 y 70, respectivamente. La falta de personal y la falta de tiempo se puntuaron con un 10 en gravedad y frecuencia, pero bajo en detectabilidad.

Conclusiones

La realización del AMFE dio lugar a la implantación de medidas o recomendaciones para minimizar el riesgo de caídas, entre las que se encuentran: colocación de barandas e información a familiares y cuidadores de la importancia de mantenerlas colocadas, se adquirieron nuevas barandas, revisar tratamiento farmacológico y el estado psíquico del paciente, así como el origen de la agitación y la realización de cuestionarios para la detección de riesgo de caídas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD RELACIONADA CON LA ANALGESIA EPIDURAL EN LAS PARTURIENTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: VIEGAS GONZÁLEZ MR, BARROSO RELINQUE N, FERNÁNDEZ MACÍAS R, ORDÓÑEZ SUÁREZ R, GARCÉS SANTOS AR

Palabras clave: SEGURIDAD, EPIDURAL, ANALGESIA, PARTO.

Objetivos

Identificar mejoras y elaborar un plan de seguridad en el proceso de la analgesia epidural para las mujeres en trabajo de parto.

Identificar los posibles modos de fallo, eventos adversos y causas durante el proceso de analgesia epidural para parturientas.

Ponderar y priorizar los distintos modos de fallo en función de los criterios de la estimación de gravedad, frecuencia de presentación y posibilidad de detectabilidad.

Elaborar un mapa de riesgo.

Elaborar un catálogo con acciones preventivas para los fallos reflejados en el mapa de riesgo.

Metodología

Se realiza un estudio proactivo utilizando el método de análisis modal de fallos y errores valorando el riesgo de eventos adversos, desarrollado en cinco reuniones. Se constituye un grupo multidisciplinar de trabajo formado por enfermeras, matrona, ginecóloga y anestesiólogos. Identificando en las distintas reuniones los modos de fallo, eventos adversos y causas. Se pondera cada modo de fallo según la gravedad, frecuencia y detectabilidad, calculando el índice de probabilidad de riesgo para cada modo de fallo. En la última reunión se establecen las posibles acciones de mejora para los modos de fallo con mayor IPR, los de fácil abordaje y los considerados críticos.

Resultados

Elaboramos un plan de mejora para los modos de fallo con mayor IPR, los de fácil abordaje y los considerados críticos. Se proponen como acciones de mejora elaborar un tríptico informativo sobre la técnica epidural, priorizar el respeto a la intimidad durante la realización de la técnica mediante cartelería informativa y señal luminosa, la revisión y puesta en común con todos los estamentos sanitarios de los protocolos implicados en los fallos, etc.

Conclusiones

El mayor número de fallos ha sido detectado en la fase de prescripción y validación de la epidural, generando como evento adverso un retraso en la administración de la analgesia epidural. Aunque la demora de la analgesia no es un evento adverso de riesgo vital y puede parecer poco importante, las expectativas del parto de la mujer se ven frustradas en relación al proceso del parto en su conjunto. Al ser el parto una situación dinámica y en progresión, el retraso en la instauración de la analgesia epidural aumenta el riesgo de no poder acceder a este tipo de analgesia. Por ello creemos que es importante que se revisen y difundan los protocolos de validación de la epidural para poder implementar un plan de mejora.

DISEÑO DE RONDAS DE SEGURIDAD COMO HERRAMIENTA CLAVE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Autores: RODRÍGUEZ DELGADO ME, ECHEVARRÍA ÁLVAREZ A, MORÓN ROMERO R, HINOJOSA RAMÍREZ MI, JIMÉNEZ FORTIZ JA

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTROL DE CALIDAD, CUIDADOS INTENSIVOS, INFECCIONES POR CORONAVIRUS.

Introducción

Las rondas de seguridad (RS) han demostrado ser una herramienta eficiente en la identificación de riesgos en seguridad del paciente (SP). Durante la pandemia por COVID-19, las unidades de cuidados intensivos (UCI) se han visto sometidas a un estrés asistencial excesivo, sufriendo constantes cambios en sus estructuras, protocolos e incorporación de profesionales sin entrenamiento específico. Estos elementos constituyen factores de riesgos que incrementan sustancialmente la posibilidad de eventos adversos (EA), comprometiendo así la SP.

Objetivos

Diseñar un procedimiento de ronda de seguridad en UCI.

Metodología

Formación de equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de UCI.

Elaboración de listado de ítems a evaluar basado en recomendaciones de sociedades científicas de Cuidados Intensivos que integre aspectos relacionados con buenas prácticas en las siguientes dimensiones: Identificación inequívoca del paciente; Uso seguro del medicamento; Prevención y control de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria; Cuidados seguros; Prevención del síndrome post-cuidados intensivos; Registro en historia clínica; Identificación de riesgos y EA y notificación de éstos; Equipamiento de electromedicina y otros dispositivos.

Revisión y validación de ítems por responsables de UCI y miembros de Comisión de SP ajenos a la unidad.

Elaboración de listado definitivo consensuado de ítems a evaluar y catálogo de estándares de calidad para dicho listado.

Metodología de ejecución de la RS: Profesionales que realizarán la visita, cronograma anual de las mismas, elaboración de informe de resultados y propuestas de mejora, procedimiento de difusión de resultados en UCI y abordaje de áreas de mejora identificadas.

Resultados

El resultado final de este proyecto es el propio procedimiento de RS, que incluye e identifica:

- Listado de verificación con 39 ítems basados en buenas prácticas de 8 dimensiones anteriormente descritas.
- Catálogo de estándares de calidad actualizados y sistema de evaluación del mismo.
- Profesionales del equipo de evaluación (Directivo, responsable de UCI, un profesional asistencial de cada categoría profesional y un miembro de la comisión de SP del centro).
- Responsables de implementación y seguimiento de los planes de mejora.
- Cronograma de ejecución.

Conclusiones

El diseño de las RS atendiendo a recomendaciones de la Norma UNE EN ISO 9001-2015 permitirá gestionar con éxito una auditoría interna en UCI.

El diseño participativo implicando a profesionales de la unidad es un elemento esencial dentro de la cultura de seguridad y un aspecto clave para entender y aceptar el Objetivos centrado en la mejora continua del paciente crítico.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DECLARADOS EN UN AÑO PANDEMICO Y NO PANDEMICO

Autores: ALONSO ARAUJO I, VIEGAS GONZÁLEZ MR, MANUEL FERNÁNDEZ E, JIMÉNEZ MARTÍN CM, MARÍN CABALLOS AJ

Palabras clave: INCIDENTES SEGURIDAD, NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS, PANDEMIA.

Introducción

El periodo pandémico por Covid ha supuesto un cambio en la organización de la asistencia para adaptarla a la nueva situación. Estos cambios deben haberse reflejado en los problemas de seguridad que se hayan producido en las Unidades Asistenciales y por ende notificado por los profesionales. Desconocemos cuál es el perfil de los incidentes de seguridad declarados durante el periodo de pandemia. Este análisis puede orientar las políticas de seguridad en un hospital de tercer nivel en otros periodos extraordinarios.

Objetivos

Conocer el perfil de los incidentes de seguridad declarados con el cambio en el modelo organizativo de la atención sanitaria durante la pandemia.

Realizar un análisis comparativo, de los incidentes de seguridad declarados a través de un sistema de notificación de eventos adversos entre los años 2019 y 2020.

Metodología

Análisis de la base de datos generada por un sistema de notificación propio de incidentes y eventos adversos y comparación de las notificaciones entre los años 2019 y 2020.

Resultados

En el año 2019 se produjeron 3177 notificaciones (N) y en el 2020, 2714 N. Produciéndose un descenso del 14.57 % en este año de la pandemia.

De los 24 meses analizados, destaca una disminución de las notificaciones en los meses que coinciden con los picos de la pandemia y una sorprendente subida en los meses de junio y julio, ya que la tendencia de estos meses estivales en años anteriores suele ser a la baja. A continuación se detalla por mes natural el incremento o descenso de las notificaciones.

Enero: -12,1%, Febrero:16,4% , Marzo:-16,07%,Abril:-46,4%,Mayo:-54%, Junio:43%, Julio: 26,8%, Agosto: -36,1%, Septiembre: -24,5% Octubre:-28%, Noviembre:-34,9%, Diciembre: 6,96%

En relación a las áreas de asistencia se ha reflejado una disminución significativa en las unidades de cuidados intensivos de adultos (1051 vs 416; -60%) y en las áreas de urgencias (140 vs 77; -45%). por el contrario, las plantas de hospitalización de atención a pacientes COVID han subido.

La naturaleza del evento ha cambiado poco en los dos años. En 2019 las 4 más frecuentes fueron: Medicación 16.61%, Proceso asistencial 15.91%, Accesos vasculares 10.16%, Organización y recursos 9.98%. En 2020 Proceso asistencial 20.77%, Medicación 14.13%, Accesos vasculares 10.16% y cuidados 6.35%.

Conclusiones

Durante el año 2020 ha disminuido el número de notificaciones, sobre todos en las áreas críticas de asistencia a pacientes COVID.

ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2020: AÑO DE PANDEMIA POR COVID-19

Autores: RUIZ DEL PORTAL RUIZ-GRANADOS P, DIEZ NAZ A, ROMERO RUIZ RM, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ JC, ALONSO ARAUJO I

Palabras clave: EVENTOS ADVERSOS, PANDEMIA, NOTIFICACIONES.

Introducción

La comunicación de eventos adversos se ha convertido en una herramienta indispensable para la gestión de la seguridad asistencial en centros Hospitalarios.

El uso de los sistemas de notificación se sustenta en la cultura de seguridad de los profesionales, y nos define un auténtico termómetro de la situación de seguridad de los pacientes y de las acciones de mejora puestas en marcha para su control.

Durante este último año de pandemia, el modelo asistencial ha cambiado de forma radical, por lo que se hace indispensable conocer el perfil de las notificaciones que los profesionales de un hospital de tercer nivel han realizado durante el periodo de pandemia.

Objetivos

Analizar los eventos adversos notificados en un hospital de tercer nivel en 2020, año de pandemia por covid-19

Establecer el perfil de las notificaciones de eventos adversos en relación a:

- Naturaleza del evento
- Tipo de daño causado
- Profesional notificador
- Analizar la posible relación de las notificaciones con el periodo de pandemia.

Metodología

El objeto de análisis han sido las notificaciones realizadas por los profesionales de todas las categorías de un hospital de tercer nivel durante el año 2020.

Las notificaciones se han realizado mediante un sistema propio denominado que comparte características con el resto de sistemas, es decir, electrónico, voluntario, anónimo, no punitivo, orientado al análisis, etc.

Resultados

En el primer semestre del 2020 se ha recibido 2714 notificaciones.

Naturaleza del evento: (Se citan solo los > del 5%) Medicación o fluidos IV(451) 16.61%, Proceso asistencial o clínico (432) 15,91%, Acceso vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores (276) 10,17%, Organización y recursos (271) 9.98% , Cuidados (256) 9.43%, Proceso administrativo (209) 7.70%, Equipamiento electromédico (174) 6.41%, Proceso diagnóstico (154) 5.67%, Documentación (151) 5.56%

Tipo de daño: Incidente potencial (951) 35.04%, Incidente con daño (467) 17.20%, Incidente sin daño (1251) 46.09%, Evento centinela (45) 1.65%

Profesional que notifica: (Se citan las 5 categorías más representadas) Enfermero/a (1321) 48.67%, Médico (783) 28.85%, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (209) 7.70%, Otros (85) 3.13%, Matrón/a (79) 2.91%

Conclusiones

Se mantiene un perfil de notificaciones similar a los anteriores a la pandemia.

No se ha producido un aumento de notificaciones relacionadas con la atención a pacientes COVID-19, de las áreas donde se les atienden ni relacionadas con el nuevo modelo asistencial.

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Autores: GABARI MACHÍN M, GASQUE SATRÚSTEGUI A, ANDUEZA GAY D, TIRAPU LEÓN B

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, SEGURIDAD QUIRÚRGICA, LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA, NOTIFICACIONES.

Objetivos

Desarrollar un sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente quirúrgico. Analizar los eventos notificados y comprobar si son comparables a los de otros centros. Fomentar la cultura del seguridad de los profesionales de este ámbito asistencial.

Metodología

En 2017 con el cambio de modelo de listado de verificación quirúrgica en el hospital, se introduce un apartado que permite la notificación por el equipo quirúrgico de los eventos relacionados con la seguridad del paciente detectados al cumplimentarlo. En el manual de uso que explica cómo se cumplimenta el listado indica que el gestor del listado deberá registrar si en el paciente ha podido prevenirse un incidente relacionado con la seguridad al realizar la comprobación de los ítems del listado. Este ítem tiene dos posibles respuestas, una indica que se ha evitado un incidente de seguridad, en cuyo caso se especificará cuál ha sido y otra indica que no ha habido ninguna circunstancia relacionada con la seguridad del paciente que se haya evitado. Son respuestas excluyentes. La notificación de los incidentes es voluntaria. Se evalúan todos los listados de verificación quirúrgica realizados.

Resultados

Desde la implantación del listado, se han registrado 98 incidentes relacionados con la seguridad del paciente que han motivado la realización de alguna medida para prevenir un evento adverso en el paciente quirúrgico. En el año 2019 se han notificado el 45% de los incidentes. 14 servicios quirúrgicos han notificado algún incidente, siendo los más notificadores Traumatología y ortopedia (22,1%), Cirugía general (11,6%), Urología (10,5%), ORL (8,4%) y Cirugía pediátrica (8,4%). Por tipo de incidente, 29,6% se relacionan con el diagnóstico o pruebas diagnósticas, 15,3% con medicamentos, 13,3% con el procedimiento e intervención quirúrgica, 3,2% con la valoración del estado general del paciente y el 7,1% con otros. No obstante, en el 31,6% de los listados no se describe el incidente.

Conclusiones

Se asume que existe una infranotificación de eventos secundaria a la notificación voluntaria de los profesionales. Al analizar por tipo de evento, nuestros datos son similares a los que aparecen en la bibliografía. Los equipos quirúrgicos con más cultura de seguridad notifican más.

GESTIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA. APRENDIENDO DE LOS ERRORES

Autores: MALGRAT CABALLERO S, PÉREZ JIMÉNEZ S, CALVO FERNÁNDEZ E, ÁLVAREZ GARCÍA M, SENDRA CRIADO B

Palabras clave: ERRORES EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN, HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA, GESTIÓN DE RIESGOS, ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS, SEGURIDAD

Objetivos

La prevalencia de errores de medicación en el ámbito de atención intermedia no está bien caracterizada y es necesario implantar estrategias dirigidas a incrementar la seguridad en el proceso. El Objetivo del estudio fue realizar un análisis modal de fallos y efectos sobre el proceso de utilización de medicación en un hospital de atención intermedia. Diseñar prácticas seguras en base a los resultados identificados.

Metodología

Se formó un grupo de trabajo de 8 profesionales del equipo multidisciplinar (farmacéutica, técnico de farmacia, médico, supervisión de enfermería y enfermeras) y se compartió documento online y quedadas online. Se analizaron los pasos del proceso de utilización de medicación (prescripción, validación, dispensación y administración). Se identificaron los potenciales fallos de cada etapa. Cada uno de los participantes asignó, para cada fallo una puntuación de 1 a 10 en los siguientes parámetros: índice de gravedad, frecuencia de aparición y capacidad de detección. Se calculó la media de cada parámetro y posteriormente se calculó el índice prioritario de riesgo. En base al resultado, se priorizaron las medidas correctoras y la propuesta de prácticas seguras.

Resultados

Se diseñó un diagrama de flujo del proceso diferenciando día laborable o festivo. Se identificaron 22 tipos de fallos con puntuaciones en el índice prioritario de riesgo entre 320 y 84 puntos. Los 6 fallos con mayor índice prioritario de riesgo fueron: administración de medicación multidosis sin etiqueta de nombre de paciente, omisión en la prescripción, trituración inadecuada de medicación oral, prescripción de medicamento inapropiado por edad/situación clínica/patología subyacente, administración en horario tarde, falta de monitorización. Se priorizaron las siguientes estrategias; medidas formativas, conciliación al ingreso y alta con paciente, elaboración de guía de administración, aplicación de criterios de prescripción inadecuada, revisión de cargas de trabajo, impresión de medicación cuando paciente se realiza traslado, realización de guía con prácticas seguras en medicamentos de alto riesgo, incorporación del paciente en su propia administración, entre otras.

Conclusiones

La realización del análisis modal de fallos y efectos en el proceso de utilización de medicación en un hospital de atención intermedia nos ha ayudado a detectar puntos clave donde pueden producirse errores, analizar sus causas y efectos y así poder anticiparnos con soluciones.

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ANTE ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA A PACIENTES COVID-19 POSITIVO EN UNA UCI

Autores: RIVAS HIDALGO AM, HIDALGO GARCÍA ES, GÓMEZ PALOMARES A

Palabras clave: UCI, CUIDADOS CRÍTICOS, ERRORES MEDICACIÓN, COVID-19, PACIENTES CRÍTICOS, MEDICACIÓN

Introducción

La situación de la pandemia por el COVID-19 ha sido absolutamente determinante durante el año 2020 y principios de 2021 en cuanto a los modelos de trabajo y la reducción de notificación de errores debido al estrés y sobrecarga laboral.

Objetivos

Comparar la incidencia de errores de medicación cometidos y/o percibidos por los enfermeros de esta unidad con los errores de medicación más comunes detectados en 2020 por el ISMP en el contexto de la asistencia directa a pacientes Covid-19 positivo en una UCI

Conocer la percepción de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Críticos de un hospital comarcal sobre como afectó su actividad cotidiana con respecto a la preparación y administración de medicación en el contexto de la asistencia a pacientes Covid-19 positivo ingresados en la unidad.

Metodología

Se plantea un estudio observacional transversal descriptivo

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta a todos los enfermeros que hayan intervenido de forma directa en el cuidado de pacientes Covid-19 Positivo ingresados en una UCI, desde marzo de 2020 hasta el 30 de abril de 2021.

El tamaño de la muestra fue 34 personas, el muestreo se hizo de forma intencional.

El cuestionario consta de dos bloques, el primero, sobre los Errores de medicación de mayor riesgo detectados por el ISMP en 2020, formado por 9 preguntas. El segundo, bloque formado por ocho cuestiones, en las que el personal encuestado debía identificar sus percepciones con respecto a las premisas planteadas, con el Objetivo de detectar como han afrontado estos profesionales distintas situaciones durante su labor asistencial en las circunstancias del estudio.

Resultados

De los 34 enfermeros que fueron incluidos en el estudio para completar el cuestionario, 29 de ellos lo completaron (n=29).

El 31% y el 62.1% se sintieron muy de acuerdo o bastante de acuerdo respectivamente con la afirmación "Pienso que la presión asistencial ha sido una barrera con respecto a la administración y preparación de medicación".

Conclusiones

La incidencia de errores reportados por los enfermeros encuestados discrepa de los errores más comunes detectados en el informe de la ISMP en 2020 en el contexto de la asistencia a pacientes Covid19 positivo.

Según los datos recogidos en la encuesta realizada a los enfermeros, estos han percibido que la asistencia a pacientes Covid positivo ha supuesto un cambio y una dificultad añadida en su actividad generales.

FASE PREANALÍTICA EN LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS: MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Autores: ORTÍZ ROMÁN I, TORRECILLA ROJAS L, SÁNCHEZ GUERRERO JA, GUERRERO GONZÁLEZ E

Palabras clave: IDENTIFICACIÓN, PREANALÍTICA, ETIQUETADO.

Introducción

Con este estudio hemos querido poner de manifiesto la importancia de una correcta identificación del paciente a la hora de realizar una extracción sanguínea en un centro de Atención Primaria, así como la correcta preparación y etiquetado de tubos.

La aplicación de una lista de verificación disminuye el posible riesgo de errores.

Objetivos

Instaurar una pauta común de identificación de los pacientes, identificación de tubos y su preparación, para que exista una correcta correlación entre paciente, tubos y petición, y de esta forma mejorar la seguridad del paciente.

Metodología

Se utiliza un estudio observacional transversal, es decir un estudio de prevalencia de errores del 15 al 30 de enero de 2020 en un centro de Atención Primaria. Se realizaron un total de 342 extracciones sanguíneas. Se identificó la siguiente batería de errores:

- Etiquetas mal colocadas en los tubos, dobladas, sin código, que no corresponden al parámetro solicitado.
- Etiquetas mal colocadas en las peticiones, sin código de barras, muy cerca del código impreso de la petición.
- Pacientes extranjeros que desconocen el idioma y no acuden a la llamada.
- Peticiones distintas con el mismo código de identificación.
- Peticiones con código de barras en vertical.
- Peticiones manuscritas por especialistas.
- Ausencia de tubos preparados.
- Paciente en la relación de extracciones.
- Ausencia de petición.
- Pacientes con hipoacusia que no acuden a llamada.

Resultados

Total extracciones: 342. Total errores: 57

Los principales errores y el número de veces que se presentaron fueron los siguientes:

15 Peticiones distintas con el mismo código de identificación; 12 Etiquetas mal colocadas en los tubos, dobladas, sin código, que no corresponden al parámetro solicitado; 10 Etiquetas mal colocadas en las peticiones, sin código de barras, muy cerca del código impreso de la petición; 6 Peticiones con código de barras en vertical.

Conclusiones

Necesidad de implantación de un procedimiento estandarizado incorporando las siguientes recomendaciones mínimas:

El profesional que realiza la extracción sanguínea debe preparar también los tubos.

Cuando se preparen los tubos se asignará un código único, tanto a la relación de pacientes como a los tubos y a la petición.

El día de la extracción se comprobará que la identificación del paciente es correcta, que existe una correspondencia entre relación, tubos y petición, así como que los tubos son los correctos a los parámetros solicitados.

ANÁLISIS DE RIESGO EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA CORPORAL ESTEREOTÁXICA PULMONAR

Autores: MORENO SAIZ C, FORASTERO RODRÍGUEZ C

Palabras clave: SBRT, PULMONAR, MATRICES, RIESGO.

Objetivos

La radioterapia corporal estereotáxica (SBRT) en cáncer de pulmón es una técnica multidisciplinar de radiación de haz externo con campos pequeños de altas dosis absorbidas en la lesión, con riesgo alto de toxicidad. El objetivo de este trabajo es mejorar la seguridad y calidad del paciente en los tratamientos de SBRT pulmonar, implicando a todos los profesionales que intervienen en la técnica. Para ello nos proponemos realizar un análisis de riesgo detallado, con el que descubrir proactivamente los pasos del proceso con mayor riesgo y poder diseñar las barreras que hagan menos probable los posibles errores y reducir el daño.

Metodología

Cuando un proceso de radioterapia se desvía pudiendo causar un daño, hay que identificar qué situación lo provoca, cuál es la magnitud del posible daño (consecuencias), las frecuencias de ocurrencia de los peligros y las medidas preventivas o mitigadoras (barreras).

La herramienta escogida para la evaluación de riesgos es la matriz de riesgo en radioterapia, definida en el proyecto MARR (MATrices de Riesgo en Radioterapia), como un conjunto de reglas para combinar los cuatro niveles de cada una de las tres variables: frecuencia del iniciador (muy bajo, bajo, medio y alto), probabilidad de fallo de las barreras (muy bajo, bajo, medio y alto), y consecuencias (bajo, medio, alto y muy alto), asociándoles uno de los cuatro niveles definidos de riesgo (bajo, medio, alto y muy alto).

Resultados

El análisis de riesgo se calcula con el programa SEVRRRA (Sistema de Evaluación de Riesgo en Radioterapia) y se estructura según el modelo de errores y fallos potenciales en radioterapia.

Se evalúan 102 sucesos iniciadores contenidos en el proceso radioterápico SBRT pulmonar, teniendo en cuenta las barreras de seguridad y los reductores de frecuencia y consecuencia que están actualmente implantados en el tratamiento. Los resultados de los niveles de riesgo alcanzados son: 46 sucesos iniciadores de riesgo bajo, 50 de riesgo medio, únicamente 6 con riesgo alto y ningún suceso iniciador con riesgo muy alto.

Conclusiones

El estudio exhaustivo y realista del análisis de riesgo del tratamiento de SBRT pulmonar en nuestro hospital ha hecho posible mejorar la seguridad del paciente, implementado nuevas barreras (posicionamiento del paciente en todas las sesiones en presencia del oncólogo radioterápico y radiofísico hospitalario, verificación independiente de la planificación, lista de chequeo y sesión técnica conjunta), y nuevos reductores de frecuencia y consecuencia (revisión de los tratamientos mediante dosímetros).

INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACCIONES DE MEJORA EN EMERGENCIAS SANITARIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Autores: CHACÓN MANZANO MC, PÉCULO CARRASCO JA

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, INCIDENTES, SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

Objetivos

Conocer los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) en un servicio de emergencias sanitarias extrahospitalarias, así como las acciones de mejoras derivadas.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de notificaciones de IRSP en los años 2010 al 2019. Datos extraídos de la web del Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía, de la aplicación Avizor, y base de datos de notificación de nuestro servicio (vía de comunicación: correo electrónico, reclamaciones, aplicación de incidentes, aplicación de no conformidades, notificación verbal, revisión de Historias clínicas). Se recogen demandas asistenciales, tasa de incidencia en relación a demandas asistenciales, persona que notifica (ciudadano, profesional, Directivo, otros), tipo de incidente/evento adverso, paciente alcanzado (incidente/evento, cuasi error) y acciones de mejora.

Resultados

Tasa de IRSP obtenida: 0,003% del total de demandas asistenciales de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias. En un 59% hubo daño al paciente. Tipos de incidentes mayoritarios relacionados con medicación y fluidos (34%), dispositivos y equipamiento (28%) y Proceso asistencial o procedimiento clínico (20%). Han disminuido en el ámbito de medicación a lo largo de los años (en 2019 se encontraba en el 15%) y han aumentado los relacionados con dispositivos y equipamiento y proceso asistencial. Notifica mayoritariamente Enfermería (42%). Hay 2 casos notificados por ciudadanos. Vía de notificación mayoritaria: web del Observatorio (73%), Avizor (10%), a destacar un 6% por e-mail y sendos 1% por reclamaciones y de forma verbal.

Entre las acciones de mejora detectadas: generación de procedimientos y protocolos, reducción y modificación de formatos, implementación de chequeos de revisión, incluir en Objetivos indicadores de calidad relacionados con la Seguridad del Paciente, modificaciones en carrozado y medicalización de Unidades Asistenciales, cambios de equipamiento electromédico e implementación del software de la HCD_M, entre otros.

Conclusiones

Llama la atención la baja tasa de incidencia de notificación, en especial relacionada con la Sala de Coordinación. Aun así, se ha evidenciado una disminución en algunos de los tipos de incidencia, relacionados con algunas de las acciones de mejora llevadas a cabo.

Destacamos la importancia de tener en cuenta otras vías no habituales de comunicación de incidentes, ya que dos eventos centinela no incluidos en las bases de datos de notificaciones se obtuvieron de esta forma. Será necesario seguir fomentando la formación y cultura en Seguridad del Paciente, como herramienta transversal de mejora en la asistencia sanitaria, de cara a “visualizar los errores” e implantar medidas que los eviten.

GRUPOS DE TRABAJO EN CIRUGÍA SEGURA

Autores: GUERRA LERMA M, SARRIUGARTE A, MARTÍNEZ G, EUNATE M, VENTOROS A

Palabras clave: CIRUGÍA, MULTIDISCIPLINAR, QUIRÓFANO, SEGURA.

Análisis de situación y contexto

Dentro del marco de las líneas de acción corporativas de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), en el año 2018 se implementaron los grupos de trabajo hospitalario llamados "Cirugía Segura".

Descripción de la intervención de mejora

En nuestro caso el Servicio de Cirugía General y Aparato digestivo lleva a cabo reuniones trimestrales multidisciplinares que implican a Cirujanos, Anestelistas y Enfermería, con el fin de evaluar la seguridad del paciente en quirófano. El objetivo de dichos grupos de trabajo es el desarrollo, tanto cuantitativo como cualitativo, del sistema de notificación y aprendizaje en Seguridad del Paciente, mediante la notificación, evaluación y gestión de incidentes de seguridad producidos en quirófano. Dichas notificaciones las puede realizar cualquier persona que trabaje en el área quirúrgica mediante un sistema de notificación informático.

Evaluación y resultados

Durante los 3 años que llevamos trabajando con este objetivo, se han presentado varios incidentes de seguridad, algunos con daño directo al paciente. Dichos incidentes han estado relacionados con la medicación, comprobación de muestras de anatomía patológica, posición del paciente en quirófano y daño directo (quemaduras...).

Tras la evaluación, corrección y medidas oportunas no se han vuelto a producir.

Durante este periodo, también se ha introducido la utilización rutinaria del *check-list* operatorio tanto en cirugía urgente como programada y además se ha conseguido la realización de forma rutinaria del marcaje de lateralidad en las intervenciones quirúrgicas.

Conclusiones

Estas reuniones periódicas de mejora sirven para estar al tanto de todos los incidentes de seguridad que se presentan en quirófano, tanto los incidentes de seguridad sin daño para el paciente, como los que sí lo ocasionan (los denominados eventos adversos).

De esta forma, se puede realizar una intervención directa multidisciplinar en la mejora de los mismos.

ESTUDIO DE INCIDENCIAS DETECTADAS EN UN LABORATORIO CLÍNICO EN 2020

Autores: GONZÁLEZ-GRANDA GARCÍA T, RODRÍGUEZ PEÑA FM, OCÓN SÁNCHEZ P

Palabras clave: INCIDENCIAS, ANALÍTICA, PREANALÍTICA, POSTANALÍTICA, LABORATORIO.

Análisis de situación y contexto

Hablar de calidad hoy en día en el ámbito clínico se refiere a la atención sanitaria de un paciente evitando errores prevenibles y que conlleve un ámbito de seguridad durante el proceso, resultando en beneficio del enfermo. El laboratorio clínico forma parte de este ámbito sanitario y, por tanto, es susceptible de errores de fuentes variadas, los cuales pueden ser prevenibles en un elevado porcentaje.

El laboratorio clínico ha pasado de un papel pasivo centrado en la calidad analítica de sus resultados definida por la precisión y la exactitud, a un papel activo. En la actualidad el 70% de las decisiones médicas se basan en los datos de laboratorio, con lo cual la responsabilidad de los laboratorios en cuanto a la seguridad del paciente es clave tanto en la fase preanalítica, analítica y postanalítica.

Descripción de la intervención de mejora

Se recogen los datos de 100 peticiones solicitadas en nuestro laboratorio entre febrero y noviembre de 2020, en las que se detecta algún tipo de incidencia en la fase preanalítica, analítica o postanalítica.

Evaluación y resultados

De las 100 peticiones, en 60 se produjeron errores preanalíticos, en 20 analíticos y en 20 postanalíticos. El 60% de las incidencias fueron errores de identificación de muestras o pacientes, de no extracción en el centro sanitario adecuado, y errores en el transporte de las muestras. El 20% fueron incidencias por muestra insuficiente para la determinación solicitada y errores en la calibración de la técnica. El 20% restante fueron errores en la transcripción de resultados de forma manual.

Conclusiones

En nuestro estudio los principales errores que se detectan son de la fase preanalítica (60%), dato que concuerda con los estudios de otros autores que dan el mayor peso de los errores de laboratorio a la fase preanalítica. De ahí la importancia de la realización de acciones correctivas en fase preanalítica que minimicen las posibles y principales fuentes de error. En cada fase y para cada situación la acción tanto preventiva como correctiva es diferente y su estudio precisa del conocimiento de las áreas funcionales afectadas por el error. Como ejemplo podemos destacar como principal fuente de error en la fase preanalítica el cambio demográfico entre dos muestras, que asigna la petición analítica de forma errónea a cada paciente. Este caso obliga a anular ambas peticiones y solicitar una nueva para cada paciente con nueva extracción.

IMPLANTACIÓN DE MÉTODO AASTRE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: MARTÍNEZ GARCÍA I, GARCÍA TRIGO B, MATA RIVERA A, ÁLVAREZ MURIAS M, REY PARAÑOS I

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, URGENCIAS, AUDITORÍAS DE SEGURIDAD.

Análisis de situación y contexto

Dentro de las Buenas Prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias se incluye la implantación de herramientas como los AASTRE (Análisis Aleatorios de Seguridad en Tiempo Real).

Los AASTRE son instrumentos útiles y factibles para modificar la práctica minimizando los errores, especialmente en áreas con elevada presión asistencial.

El área de Observación de nuestro Servicio de Urgencias mantiene un nivel de ocupación muy elevado, en el que la rotación de pacientes es constante. Junto a pacientes que, en ocasiones, sobrepasan las 48 horas de espera para su ingreso en planta, acoge otros usuarios que requieren de vigilancia más estrecha. La ratio es de 14-16 pacientes por enfermera, llegando a tener turnos en los que cada enfermera atiende a más de 30 pacientes que rotan por su área de trabajo.

Descripción de la intervención de mejora

Se llevaron a cabo auditorías de seguridad tres días por semana a pie de camilla con un sencillo Listado de Verificación en el que se valoraron seis ítems:

- identificación inequívoca del paciente,
- adecuada posición de barandillas,
- registro completo en telemetría,
- correcta anotación de datos en registro,
- revisión diaria del desfibrilador y del carro de paradas.

Se iniciaron las auditorías el 15 de marzo de 2021, estando planificadas cinco revisiones del programa hasta marzo de 2022.

Evaluación y resultados

En la primera revisión obtuvimos como datos:

- 100% de pacientes correctamente identificados.
- Falta de registro de algunas vías.
- En la primera auditoría, el desfibrilador no se había comprobado en dos meses, y el carro de paradas en quince días. En las siguientes auditorías se mejoraron estos datos.
- De 24 pacientes auditados, dos no tenían las barandillas correctamente colocadas.

Conclusiones

Este programa tiene un enfoque proactivo con el objetivo de eliminar factores latentes, que disminuyan las probabilidades de error y de eventos adversos en la práctica.

En el corto espacio de tiempo desde su implantación nos ha permitido detectar el problema de la revisión del desfibrilador y el carro de parada e implantar una estrategia de mejora para solucionarlo.

MALETÍN DE EMERGENCIAS PARA HEMATOMA ASFIXIANTE TRAS CIRUGÍA DE TIROIDES

Autores: BLÁZQUEZ RUIZ MV, RABASCO MANGAS I, JURADO MOYANO JA, VASCO MOHEDANO V, JIMÉNEZ CASTILLA A

Palabras clave: TIROIDES, HEMATOMA, ASFIXIANTE, INTUBACIÓN, EMERGENCIA, CAOS, MALETÍN.

Análisis de situación y contexto

La hemorragia posttiroidectomía tiene una incidencia entre un 0,4 y un 4,3%, siendo una complicación grave que compromete la permeabilidad de la vía aérea y requiere de una actuación rápida. En nuestro hospital podemos estimar semanalmente entre 2 y 4 cirugías de tiroides. En ocasiones hemos vivido situaciones graves y caóticas.

Gracias a la notificación vía SENSAR, los analizadores de nuestra unidad estudiaron un incidente tras cirugía de bocio endotorácico con hematoma asfixiante en el postoperatorio inmediato, requiriendo intubación emergente y reintervención en reanimación y posteriormente en quirófano.

El incidente fue clasificado de riesgo extremo y con probabilidad de volver a suceder.

Descripción de la intervención de mejora

En base al análisis realizado del evento se pusieron en marcha las siguientes medidas.

- Reforma del mostrador de control de enfermería; éste tenía un panel frontal que obstaculizaba la visión de los pacientes que quedaban justo detrás del mismo.
- Jornadas de formación en vía aérea difícil dirigida a personal de enfermería y auxiliares con el objetivo de conocer y diferenciar los diferentes dispositivos para el manejo de la vía aérea.
- Adjudicación de los pacientes operados de tiroides a sitios determinados de la unidad con accesibilidad rápida y buena visibilidad.
- Dotación de un "Maletín de emergencias para Tiroides". Dicho maletín contiene material quirúrgico y fungible de primeros auxilios: guantes estériles, paño estéril, laringoscopio, quitagrapas, tijeras, pinzas quirúrgicas, dos separadores Farabeuf, un paquete de gasas y una jeringa de 10 cc

Evaluación y resultados

Todas las medidas propuestas fueron llevadas a cabo y se evaluó la satisfacción de los profesionales de reanimación en cuanto a seguridad del paciente y disminución del estrés ante estos incidentes, siendo la valoración altamente positiva.

Dicho maletín está situado en un lugar visible de la unidad y cuando recibimos un paciente intervenido de tiroides se coloca en la mesa situada a pie de cama, siendo el acceso inmediato.

Se realiza por parte de enfermería un control y revisión del mismo a diario y se esterilizan y reponen los materiales utilizados.

Desde que se implantó esta medida hace algo más de un año, se ha utilizado una vez, siendo los resultados satisfactorios.

Conclusiones

Es de gran importancia notificar eventos adversos en nuestra práctica clínica diaria para así poder trabajar en mejoras que aumenten la seguridad de nuestros pacientes y faciliten la labor de los profesionales. La seguridad del paciente es responsabilidad de todos los profesionales y es altamente rentable en términos de eficiencia coste/beneficios.

EL ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES COMO TRIGGER PARA ABORDAR LAS ÁREAS DE MEJORA

Autores: VILASECA FORTES M, NÚÑEZ CLAROS E, RUIZ NIETO FJ, GALLEG0 FERNÁNDEZ C, GARCÍA ORTEGA MA

Palabras clave: NOTIFICACIONES, MEJORAS, TRIGGER.

Análisis de situación y contexto

El desarrollo e implementación de los programas corporativos, no se ha realizado de una forma uniforme en los distintos centros asistenciales. Dentro de nuestros centros, en el hospital Materno infantil se implementó de forma incompleta la prescripción electrónica.

La casuística en la notificación de incidentes en nuestro centro sitúa a los problemas relacionados con el medicamento en el tercer puesto en cuanto al número de eventos (15% del total), con un crecimiento exponencial en los últimos años, y especial incidencia en el área Pediátrica (40%) posicionándose en el primer puesto.

La unidad de Farmacia aparece como servicio relacionado en todos ellos y la gestión compartida de las intervenciones de mejora y las áreas de desarrollo apareadas a la gestión ha incidido en numerosas ocasiones en la necesidad de un abordaje integral del eje prescripción-dispensación-administración.

Se propuso identificar los fallos para aplicar las áreas de mejora y extenderlas a todo el centro Asistencial.

Descripción de la intervención de mejora

Con el liderazgo de la Unidad de Pediatría, la colaboración e implicación de la Unidad de Farmacia y el apoyo metodológico del Área de Calidad, se ha planteado el abordaje de esta problemática en el Hospital Materno Infantil (HMI).

Se utilizó la metodología del análisis modal de fallos y efectos (AMFE), por ser adecuado para realizar un análisis del proceso del uso de los medicamentos

Evaluación y resultados

La ponderación arrojó una disensión elevada y señaló algunas carencias metodológicas y muchas estratégicas.

La principal es que el planteamiento inicial fue muy ambicioso. Con el enfoque inicial sería necesario contemplar diferentes áreas de atención farmacéutica: Hospitalización, Pacientes Externos, Hospital de Día, Urgencias de Pediatría y UCI Pediátrica. Con una variabilidad inherente muy alta, que obliga a una perspectiva amplia, donde la dispensación farmacéutica es en sí un escenario de extrema dificultad.

Los principales resultados de mayor índice de prioridad de riesgo en los modos de fallos fueron:

- Convivencia de la prescripción electrónica y manual, 378 puntos.
- Formación insuficiente en prescripción electrónica, 336 puntos.
- Programa de prescripción no adaptado a pediatría, 336 puntos.
- No validación farmacéutica de la prescripción electrónica, 336 puntos.

Las áreas de mejoras identificadas:

- Centrar la actuación inicial en el ámbito de la PRESCRIPCIÓN.
- Desarrollo de un programa formativo integral.
- Implantar de manera generalizada la aplicación corporativa ATHOS para la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
- La necesidad de validación de la prescripción farmacéutica.

Conclusiones

El abordaje conjunto en el análisis de riesgos favorece la identificación de áreas de mejora y puesta en marcha de medidas para la seguridad del paciente.

CLAVES PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores: CASADO FERNÁNDEZ E, ALBA FERNÁNDEZ CM, MARTÍNEZ SÁNCHEZ B, YUSTE OSORIO E, MOYA ROLDÁN S.

Palabras clave: NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, GESTIÓN DE RIESGOS, CULTURA DE SEGURIDAD.

Análisis de situación y contexto

La seguridad del paciente (SP) es una prioridad asistencial. Los sistemas de notificación y gestión de incidentes tienen como objetivo convertir los eventos adversos (EA) en oportunidades de mejora. Claves para la gestión exitosa son la formación (en cultura de seguridad y comunicación efectiva); la comunicación franca con pacientes/familiares; el desarrollo e implantación de procedimientos y estructuras de soporte.

Descripción de la intervención de mejora

Intervención multifactorial sobre Estructura, Formación, Participación y Procedimientos estandarizados. Engloba:

- Renovación de la comisión de Seguridad del Paciente (CSP).
- Adscripción del centro al sistema de notificación corporativo de Andalucía
- Designación de 1 referente de SP hospitalario, 5 gestores de centro, y gestores de incidentes en cada unidad.
- Formación: 52 sesiones clínicas, en las diferentes unidades sobre SP y anuales para residentes de nueva incorporación; Cursos de Gestión de Riesgos en SP para gestores y CSP (4 ediciones).
- Desarrollo, difusión e implementación de un procedimiento de actuación ante eventos adversos graves (PAEAG).

Evaluación y resultados

Los datos del sistema de notificación, desde enero de 2018 hasta abril de 2021, reflejan un aumento de notificaciones: 98 en 2018, 207 en 2019 y 225 en 2020.

El 7.6% provocaron un daño severo o la muerte del paciente, porcentaje en descenso a lo largo del tiempo (11.2% en 2018; 6.2% en 2020).

Los EA notificados con mayor frecuencia fueron los relacionados con: Proceso asistencial (29.9%); Caídas (17.9%) y Medicación (15.4%).

Cuando el EA alcanzó al paciente (434 EA) le fue comunicado en el 34.8% de los casos, porcentaje que aumentó con el tiempo ($p < 0.001$). En EA graves o con resultado de muerte, la comunicación al paciente pasó de 0 en 2018, a 20% en 2019, 50% en 2020 y 83.3% durante 2021 ($p < 0.003$).

Se activó el PAEAG en 30 ocasiones. En el contexto de abordaje de posibles segundas víctimas se han entrevistado 140 profesionales, el 5% necesitó apoyo de tercer nivel.

Conclusiones

La intervención desarrollada, de carácter multifactorial, ha tenido un impacto significativo sobre la cultura de SP, evidenciado por el aumento de notificación y la mejora de la comunicación a los pacientes y familiares.

El desarrollo de prácticas de mejora y la actuación sobre segundas víctimas contribuyen a crear un clima de confianza y seguridad en los profesionales, que se muestran más receptivos y más proactivos para reconocer EA e identificar factores de riesgo, contribuyendo a crear un centro más seguro para pacientes y profesionales.

EVENTOS CENTINELAS POR AUTOLISIS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL REGIONAL

Autores: RUEDA DOMINGO MT, ENRÍQUEZ MAROTO MF, VELLIDO GONZÁLEZ D, GALINDO CUESTA AM, ROMERO MANJÓN MI

Palabras clave: EVENTO CENTINELA, COVID 19, RIESGO SUICIDA.

Análisis de situación y contexto

En situación de pandemia Covid19, desde marzo de 2020 hasta abril de 2021, se han notificado 6 eventos centinelas, 3 de ellos fueron autolisis en pacientes ingresados por enfermedad Covid. El Hospital dispone de procedimientos de investigación de eventos centinelas y de atención a primera, segundas y terceras víctimas.

Descripción de la intervención de mejora

El objetivo fue describir y analizar los eventos centinelas, a fin de identificar los principales factores contribuyentes y diseñar un plan de mejora para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos similares.

Para cada evento se elaboró el Mapa de Hechos y se realizó un Análisis de Causa-Raíz por el grupo de profesionales responsable de la investigación, miembros de la comisión de seguridad de pacientes. Se hizo una exhaustiva revisión de la historia clínica del paciente y entrevistas al personal sanitario referente de cada paciente, para conocer qué ocurrió y su visión de por qué, a fin de identificar problemas latentes de los procesos y detectar áreas de mejora.

Evaluación y resultados

En los 3 eventos centinelas coinciden como factores contribuyentes los relacionados con la situación del paciente, su condición clínica de gravedad, la edad avanzada, y el aislamiento como factores de riesgo para la aparición de síntomas mentales, conducta desadaptativa y riesgo suicida. Y respecto a profesionales, destaca la variabilidad organizativa en las tareas y asignación de pacientes Covid.

En el Plan de Mejora elaborado destacan:

- Información y formación para la mejora de la valoración Inicial de enfermería, haciendo mayor énfasis en la necesidad de seguridad, soporte familiar, y en las etiquetas diagnósticas de enfermería del Temor y Riesgo de Suicidio.
- Refuerzo y especial vigilancia de cambios conductuales, expresiones verbales y estado anímico de los pacientes con riesgo suicida, por parte del personal sanitario.
- Puesta en marcha de un programa de atención psicológica por el equipo de Salud Mental del hospital a los pacientes que lo precisen.
- Mejora de la comunicación del paciente con su familia a través de teléfono y tablets, y acceso a medios de entretenimiento como televisión y libros.
- Revisión del Procedimiento de apertura y cierre de ventanas.

Conclusiones

El Plan de Mejora diseñado ha contribuido a la puesta en marcha de mejoras significativas para la prevención de eventos de extrema gravedad con resultado de muerte, como los ocurridos durante la pandemia Covid19.

IDENTIFICACIÓN DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN Y MEDICAMENTOS: ¿PODEMOS MEJORAR?

Autores: MACÍAS MAROTO M, SALDOMINOS UTRILLA G, PINTADO DELGADO MC, SÁNCHEZ NAVARRO I, LOZANO LLORENTE MA

Palabras clave: MEDICAMENTOS, VÍAS, IDENTIFICACIÓN, ADMINISTRACIÓN.

Análisis de la situación y contexto

En 2016 en el Servicio Madrileño de Salud se dicta una Resolución (609/2016) para la implantación de sistemas de identificación que mejoren la seguridad en la administración de los medicamentos. En el hospital habían surgido diversas iniciativas para implantar prácticas seguras en este sentido, y se había conseguido una identificación correcta en los citostáticos (etiquetas naranjas) y en la medicación epidural (etiquetas amarillas) y en la vía de administración enteral. Se adquirieron etiquetas de colores con el nombre de los medicamentos para aquellos utilizados por anestesia y en los carros de parada de urgencias y de la unidad de cuidados intensivos. Quedaba mejorar la identificación de las vías de administración y de los medicamentos utilizados en las diferentes áreas del hospital. El análisis de errores de medicación también destacó la importancia de impulsar estas medidas.

Intervención de mejora

La intervención de mejora consistió en la adquisición de etiquetas estandarizadas de colores según la Resolución para identificar las diferentes vías de administración y etiquetas blancas para el resto de la medicación intravenosa. Se realizaron varias sesiones de difusión a supervisores de enfermería y responsables de seguridad del paciente para su implementación. Se revisó la normativa de administración segura de los medicamentos adaptándola a las nuevas prácticas. Se programaron auditorías de evaluación de la implantación de la práctica segura realizadas por diferentes agentes: Unidad de Calidad, Responsables de Seguridad y Supervisores de Enfermería.

Evaluación y resultados

En 2018 se comenzó con la implantación de las nuevas medidas que fueron monitorizadas con auditorías periódicas y los resultados fueron:

- Febrero 2019: 66,6% de cumplimiento de identificación correcta de vías de administración.
- Octubre 2019: 58,4% de cumplimiento de identificación de vías y 79,3% de identificación correcta de medicamentos.
- Noviembre 2020: 85,7% de cumplimiento de identificación de vías y 100% de identificación correcta de medicamentos.

También se analizaron los errores de medicación notificados, disminuyendo los relacionados con la identificación del paciente y los errores de dosis.

Se demoró la implantación de las medidas de identificación de medicamentos por falta de integración con el sistema de prescripción electrónica.

Conclusiones

La identificación correcta de vías de administración y medicamentos es una práctica segura a implantar y monitorizar periódicamente por las consecuencias de los errores en la seguridad del paciente. Existen medidas estandarizadas a aplicar con amplia evidencia que deberían ser de obligado cumplimiento en la asistencia sanitaria.

CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS. FORMACIÓN PARA UNA PRÁCTICA SEGURA

Autores: LÓPEZ MEDINA A, BONILLA RAMÓN J

Palabras clave: CONTENCIÓN, MECÁNICA, MENTAL.

Análisis de la situación

En periodo de pandemia se detecta a través del Sistema de Notificación Autonomo de incidentes un aumento de las caídas en hospitalización en pacientes con contención mecánica, siendo una de las causas de la gravedad final de las consecuencias de la caída en pacientes en los diferentes servicios del hospital. Desde la Comisión de Seguridad del centro se ponen en marcha las líneas de mejora sobre contención mecánica y su difusión a profesionales.

Descripción de la intervención de mejora

El servicio de salud mental actualiza su protocolo y realiza una sesión hospitalaria multidisciplinar donde se informa de las medidas legales, farmacológicas y prácticas para llevar a cabo una contención mecánica en condiciones seguras tanto para los pacientes como para los profesionales.

El video que se realiza con este objetivo queda registrado en las redes y en la propia red intranet del hospital para su acceso, difusión, consulta y formación de cualquier profesional que lo precise.

Evaluación y resultados

La evaluación de las intervenciones se realizará mediante seguimiento del número de incidentes notificados desde la fecha de participación y difusión de la sesión realizada en el hospital. Realizando una evaluación antes y después de la intervención realizada.

La participación en dicha sesión, tanto online como presencial, despertó un grado de interés y participación relevante por parte de los profesionales de los distintos servicios del hospital.

Conclusiones

La realización de la práctica de contención no es exclusiva del servicio de salud mental, llevándose a cabo en otros servicios de hospitalización. Esta práctica tiene que llevarse a cabo con medidas tanto éticas como legales. Los encargados de la formación de esta práctica de manera segura son los profesionales del servicio de salud mental como profesionales expertos en el tema.

ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ EN UN BROTE DE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores: BENÍTEZ RUBIO FJ, JIMÉNEZ ESTÉVEZ E

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, BACTERIEMIA ZERO, ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ.

Análisis de la Situación y Contexto

Se presenta un caso clínico ocurrido en nuestra Unidad para tratar de ejemplificar cómo se introduce, poco a poco, la Cultura de la Seguridad en el ámbito hospitalario. Somos una Unidad de Cuidados Intensivos cuyo objetivo principal es dar cuidados de calidad a enfermos en estado crítico y con patologías graves. En un Hospital comarcal, somos una unidad con mucho trasiego de personal, en la que pretende implantarse la Cultura de Seguridad. Tenemos un paciente diagnosticado de Shock Séptico. Con 20 días de ingreso en UCI es dado de alta a Medicina Interna. Tras 11 días en planta se le diagnostica una bacteriemia relacionada con catéter. Se aísla la bacteria multirresistente *Klebsiella Pneumoniae* OXA-48. Consideramos esta situación como un Suceso Centinela.

Descripción de la intervención de mejora

Se planifica un Análisis Causa-Raíz (ACR):

Identificamos el suceso: bacteriemia relacionada con catéter.

Recopilamos toda la información pertinente.

Se establece una secuencia cronológica de los hechos.

Los Servicios afectados son: Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Infecciosos y Microbiología. Se notifica a la subcomisión de infecciones del hospital el brote de *Klebsiella Pneumoniae* OXA 48 en Cuidados Intensivos.

Evaluación y resultados

Se procede a la identificación de los riesgos. De causas subyacentes y de causas latentes: Se realiza un esquema analítico de causas usando la técnica de espina de pez de Ishikawa tomando tres aspectos principales: Profesionales, Paciente y Organización. Se detectan 12 causas subyacentes que desembocan en la Bacteriemia por *Klebsiella* multirresistente.

Se elabora un plan de actuación para disminuir el riesgo. Se trazan 5 líneas de actuación o áreas de mejora, entre las que destacamos:

- Importancia del lavado de manos.
- Instrucción del personal en medidas sobre Bacteriemia Zero.
- Tomar medidas de aislamiento eficaces.

Conclusiones

El ACR es la mejor herramienta de la que disponemos en gestión de calidad y seguridad para identificar las áreas de mejora. Se trata ahora de implementar en la práctica los hallazgos encontrados. Hay que cambiar cosas.

La Cultura de Seguridad, en general, y más específicamente este tipo de análisis de riesgos tienen un impacto claro e instantáneo sobre la calidad asistencial y, claro está, disminuye riesgos evitables. La implementación de medidas de mejora realistas sirve, además, para potenciar el entorno de aprendizaje y mejora continua.

LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y EL DOBLE CHEQUEO EVITAN ERRORES

Autores: PACHECO LÓPEZ P, CARVAJAL SÁNCHEZ MA, FRUCTUOSO GONZÁLEZ L, TORRANO BELMONTE P, GARCÍA MOTOS C

Palabras clave: LEVOSIMENDÁN, ADMINISTRACIÓN, CONCENTRACIÓN.

Análisis de la situación y contexto

Paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que inicia tratamiento con levosimendán por insuficiencia cardiaca descompensada. La prescripción médica (formato papel) indica: "levosimendán 12.5mg. Diluir según 0.025 mg/ml e infundir a 8 ml/h". La prescripción (indicación, dosis, concentración, diluyente y velocidad de perfusión) es validada por el farmacéutico y se informa a enfermería de UCI sobre la estabilidad en suero glucosado al 5%. El Servicio de Farmacia (SF) dispensa un vial de levosimendán 12.5mg. A las 4 horas de iniciar la perfusión, enfermería de UCI contacta con el SF para reclamar otro vial, indicando que la perfusión acabaría de madrugada. El farmacéutico detecta un posible error en la ejecución de la orden médica ya que según nuestros cálculos, la perfusión iniciada a las 16.00h debería durar más de 24 horas. El enfermero nos informa que el fármaco va diluido en 100ml, por tanto, detectamos un error, debería haberse diluido en 500ml. El paciente ha recibido durante 4 horas 5 veces más fármaco.

El farmacéutico contacta con el intensivista para tomar las medidas oportunas, comunicándole la dosis máxima y cómo actuar en sobredosificación. Se decide no suspender la infusión (el paciente no está hipotenso, que es el principal síntoma de alarma) y nos consulta cómo ajustar dosis y velocidad. Recomendamos disminuir el ritmo a 2ml/h (4 veces), monitorización electrocardiográfica y analítica urgente.

Descripción de la intervención de mejora

Se recomienda indicar en la orden médica: dosis y volumen de diluyente en lugar de concentración para reducir la probabilidad de error de interpretación y cálculo y realizar doble chequeo en estas preparaciones.

Se refuerza la validación farmacéutica implantando una comunicación con UCI (verbal y hoja informativa) cuando inicie una perfusión de levosimendán para confirmar que todo es correcto antes de infundir el fármaco.

Fomentar la implantación de la prescripción electrónica en UCI.

Evaluación y resultados

Tras este suceso se han visto reforzados aspectos importantes para la seguridad como: comunicación fluida farmacia-enfermería, doble chequeo y órdenes médicas no confusas.

Conclusiones

Se evidencia la necesidad del doble chequeo (validación y preparación) para fármacos que, por sus características y efectos, deben utilizarse con precaución.

La prescripción según normas de seguridad (indicando dosis y volumen) dificulta este tipo de errores.

La prescripción electrónica que especifica cantidad, volumen y diluyente, e incluso dispone de protocolos validados para fármacos de alto riesgo, aporta un valor añadido estrechamente relacionado con la seguridad del paciente.

DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y APNEA SECUNDARIA A PERFUSIÓN DE BENZODIACEPINAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONTROL DE AGITACIÓN

Autores: CERVANTES HERRERA JA, AGUDO PONCE D, IGLESIAS DEL VALLE AM, PIANO A, ALABARCE GARCÍA A

Palabras clave: BENZODIACEPINAS, PERFUSIÓN, APNEA, INSUFICIENCIA.

Análisis de la situación y contexto

Las benzodiacepinas son fármacos depresores del sistema nervioso central que suelen usarse como ansiolíticos o hipnóticos en el ambiente hospitalario, entre otras indicaciones, cuya eliminación se produce a nivel renal. El uso indiscriminado de estas, sobre todo en perfusión continua y sin monitorización estrecha, puede conllevar la aparición de efectos secundarios que pueden ir desde la somnolencia hasta la insuficiencia respiratoria.

Describimos el caso de una paciente mujer de 52 años con múltiples factores de riesgo, entre ellos diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones derivadas de la misma (nefropatía, retinopatía), síndrome de obesidad-hipoventilación y cardiopatía isquémica, que es ingresada a cargo de Medicina Interna para el manejo de sepsis de origen urinario.

Debido a episodio de agitación nocturna, se le administraron bolos intravenosos de Midazolam y Haloperidol, con escasa respuesta, por lo que se decidió iniciar una perfusión de Midazolam a 2mg/h. Varias horas después de iniciada la perfusión, avisan al facultativo de guardia por presentar la paciente parada cardiorrespiratoria, no presenciada, e iniciándose maniobras de resucitación cardiopulmonar. Avisan al servicio de Anestesiología y Reanimación que, tras aislar vía aérea y administrar Flumazenilo 1mg y bolos de adrenalina (4mg en total), consigue paso a taquicardia sinusal tras 10 minutos de iniciadas las maniobras. Se decide traslado a la unidad de Reanimación para su estabilización.

Descripción de la intervención de mejora

Debido a este caso, se decidió revisar el uso de benzodiacepinas en perfusión continua en pacientes ingresados en planta de hospitalización. Para ello, se llevó a cabo una sesión clínica conjunta, decidiéndose contraindicar la utilización de dichas perfusiones en áreas donde no exista la posibilidad de monitorización de saturación de oxígeno y de frecuencia cardíaca, reservándose a unidades de Reanimación y Cuidados Intensivos. De esta forma, se pretendía disminuir el riesgo de potenciales efectos adversos graves derivados de estos fármacos.

Evaluación y resultados

Desde la evaluación del mismo e implementación de dichas recomendaciones, no se han vuelto a producir efectos secundarios graves relacionados con el uso de benzodiacepinas, aumentando la seguridad en estos pacientes.

Conclusiones

El uso de benzodiacepinas en perfusión continua debe quedar reservado para áreas de hospitalización con posibilidad de monitorización continua de frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, debido a la presencia de posibles efectos secundarios graves como bradicardia sinusal y depresión respiratoria, pudiendo dar lugar a cuadros de extrema gravedad como la parada cardiorrespiratoria.

(IN)SEGURIDAD EN LA INSULINIZACIÓN INTRAVENOSA EN URGENCIAS

Autores: REYES AGUILAR R, CASTRO PÉREZ P, SÁNCHEZ LÓPEZ-GAY J, REVELLES MEDINA I, PIMENTEL ASENSIO J

Palabras clave: PATIENT SAFETY, EMERGENCY DEPARTMENT CARE, INTRAVENOUS INSULIN INFUSION.

Análisis de la situación y contexto

La hiperglucemia es un motivo de consulta habitual en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), con una prevalencia del 30-40%. En la mayoría de los casos se controla con reajuste de tratamiento antidiabético oral o insulina subcutánea, pero otros pacientes precisan insulina intravenosa para un buen control glucémico. Entre las complicaciones de insulinización intravenosa destaca la hipoglucemia que se asocia con elevada morbilidad, por lo que es imprescindible un manejo adecuado. En nuestro servicio hemos detectado como evento adverso, al menos en dos ocasiones, hipoglucemia tras una administración inadecuada de la dosis de insulina intravenosa usando el dispositivo regulador de flujo por goteo (*dial-a-flow*) por uso incorrecto al regular éste.

Descripción de la intervención de mejora

Se han objetado dos áreas de mejora en esta situación:

- Establecer la necesidad de que los profesionales implicados en la administración intravenosa de insulina realicen un ajuste adecuado de las dosis a administrar mediante el uso correcto del regulador, así como la necesidad de realizar una observación estrecha del fluido infundido para así evitar eventos adversos.
- Fomentar el uso de bombas de infusión de fluidos que permitan una mayor exactitud en el ritmo de goteo que los sistemas de gravedad a través de una pinza reguladora de flujo.

Con respecto a la concienciación, se han dado a conocer los eventos adversos detectados y se han realizado sesiones clínicas de insulinización sobre la importancia de reflejar adecuadamente en la hoja de tratamiento la dosis y el ritmo correcto a administrar y también el sistema de uso.

En cuanto a la utilización de bombas de infusión se han organizado talleres de formación del uso de dichos dispositivos con los equipos sanitarios implicados en el trabajo del paciente con hiperglucemia.

Evaluación y resultados

Tras la implantación de las áreas de mejora no se han detectado nuevos eventos de hipoglucemias asociadas al dispositivo de infusión de insulina.

La utilización de bombas de infusión para la aplicación de insulina intravenosa está siendo utilizada con mayor frecuencia por los profesionales sanitarios, aportando mayor seguridad en los tratamientos.

Conclusiones

Mejorar la formación de los profesionales con la implantación de cursos teóricos y prácticos que garanticen la administración de medicación de forma segura.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN DE DATOS INCORRECTOS/INCOMPLETOS EN LA HISTORIA DE SALUD DIGITAL PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS ARCO

Autores: POZA ARTES CM, ORTÍZ JIMÉNEZ FM

Palabras clave: DERECHOS ARCO, HISTORIA DE SALUD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, INCIDENTE.

Análisis de la situación y contexto

En marzo de 2020, tras la detección por parte de un profesional de una historia de salud digital en la que se mezclaba información de dos pacientes diferentes, se observa que el procedimiento, recogido en los derechos ARCO, para solicitar la rectificación y/o cancelación de los datos erróneos y/o incompletos es poco conocido por dichos profesionales.

Descripción de la intervención de mejora

Se plantea la necesidad de realizar una sesión educativa dirigida al personal de enfermería de la unidad en base al diagnóstico enfermero "Disposición para mejorar los conocimientos". Para ello se planteó el resultado "Conocimientos: procedimientos administrativos", el indicador de resultados "Descripción del procedimiento administrativo" y la intervención "Enseñanza individual".

Evaluación y resultados

A la sesión asisten 10 profesionales de enfermería, los cuales cumplimentan un cuestionario sobre conocimientos previos para evaluar el indicador de resultados "Descripción del procedimiento administrativo", el cual se puntuó mediante escala liker (1-Ninguno, 2-Escaso, 3-Moderado, 4-Sustancial, 5-Extenso). El 95% de los asistentes puntúan con 1 pto (Ninguno) y el 5% con 2 ptos (Escaso). Al finalizar la sesión cumplimentaron el mismo cuestionario, obteniendo el 80% 4 ptos (Sustancial) y el 20% 3 ptos (Moderado). Los resultados confirman el escaso conocimiento previo que tienen los profesionales sobre el procedimiento para solicitar la rectificación y/o cancelación de datos erróneos y/o incompletos en la historia de salud digital de los usuarios.

Conclusiones

Con la implantación de la historia digital de salud se hace necesario revisar la fiabilidad de los datos contenidos en la misma por parte de todos los profesionales sanitarios y la comunicación de los incidentes detectados.

La rectificación o cancelación mediante solicitud de oficio puede realizarla cualquier profesional que detecte un error en el registro de la información. Sin embargo el procedimiento, recogido en los derechos ARCO, para solicitar la rectificación o cancelación es poco conocido por los profesionales de enfermería de la unidad.

Ante la detección de esta área de mejora se realiza una sesión informativa dirigida al personal de enfermería de la unidad con el objetivo de concienciar a los profesionales sobre las consecuencias que puede tener incluir en la historia de salud de un paciente datos erróneos y/o incompletos y la importancia de notificar y rectificar dichos errores.

DIFUSIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PREVENCIÓN FRENTE AL COVID19 PARA SU IMPLANTACIÓN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS

Autores: RUIZ GONZÁLEZ MV, OCAÑA MORENO ML, FERNÁNDEZ SERRANO L, MORCILLO MUÑOZ Y

Palabras clave: SEGURIDAD, PREVENCIÓN, COVID 19, CENTROS SOCIO-SANITARIOS

Análisis de la situación y contexto

En Marzo de 2020, ante la declaración de la pandemia de Covid19, los centros socio-sanitarios suponían un foco de alto riesgo de contagio, aumentando la morbilidad/ mortalidad por la entrada del coronavirus dadas las características de convivencia y vulnerabilidad de sus residentes. Apremiaba la necesidad de informar, difundir y adiestrar al personal trabajador (y residentes) de estos centros, en las medidas de seguridad para prevenir el contagio.

El desconocimiento, falta de manejo, escasos recursos materiales, avalancha de información diversa y cambiante en corto espacio de tiempo, vivencia de la situación sanitaria de pandemia con incertidumbre, temor, dudas, impedía la clarificación y memorización de conceptos y prácticas relativas a las medidas de seguridad para la prevención del contagio del coronavirus.

El reto: *Facilitar* la difusión de la educación sanitaria para la prevención de la transmisión por coronavirus unificando las informaciones nuevas proveniente de diferentes fuentes en un documento de consulta gráfico y didáctico adaptado a los recursos de las residencias para la implantación de dichas medidas en la práctica diaria.

Descripción de la intervención de mejora

Se realizó recopilación de información de documentos provenientes de los Gobiernos de la Nación y del Autonómico de Andalucía. Inventario de los recursos materiales existentes en los centros. Elaboración de documento conteniendo la información escogida y adaptada de las medidas de seguridad covid19 para evitar el contagio en centros. Realización del poster (diseño gráfico) con la información escogida para difundir y prácticas a implantar en las residencias.

Evaluación y resultados

El poster contenía la educación sanitaria sobre: concepto de coronavirus, mecanismo de transmisión, higiene de manos, uso seguro de guantes, uso de mascarillas, distancia de seguridad, manejo de residuos, manejo seguro de ropa, higiene de alimentos, cuidados e higiene de residentes y asignación de personal a residente y se realizó con gráficos y textos concisos que facilitaba su lectura, asimilación y memorización de la información.

Conclusiones

El formato Poster resultaba una *buena herramienta* para resumir la información sobre las medidas de seguridad y preventivas frente al coronavirus, facilitando la consulta, el aprendizaje y la difusión de éstas en los centros socio-sanitarios y, colocados en diferentes puntos de las residencias, resultaban muy útiles para la implantación de dichas medidas, aumentando la seguridad de residentes y trabajadores frente al Covid19.

SISTEMA LOCAL NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS EN ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA. ANÁLISIS E IMPACTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: GUTIÉRREZ BAYARD L, ALAS BUZÓN MC, ANGULO PAIN E, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ R, SAYAGO GIL S

Palabras clave: EVENTOS ADVERSOS, INFORME DE INCIDENTES, SISTEMA DE REPORTE, SEGURIDAD DEL PACIENTE

Análisis de la situación y contexto

El tratamiento radioterápico en el paciente oncológico es un procedimiento médico de gran relevancia, desarrollado en medio complejo, involucrando a gran número de profesionales y maquinarias con complejos sistemas informáticos. El riesgo potencial incluye incidentes que provocarían administrar inapropiadamente el tratamiento, que en algunos casos podría tener graves consecuencias.

Estos eventos ocurren dentro de un servicio, no debidos exclusivamente a un individuo, sino ligados al sistema en el que realiza su actividad. Así, plantear qué fue mal en el procedimiento nos permitirá aprender y prevenir la repetición determinados eventos. Pretendemos que la obtención de información relativa a fallos en Seguridad del paciente sea imparcial y abierta, queremos mejorar, no obtener *culpables*.

En este trabajo describimos los resultados de un sistema local de registro y monitorización de eventos, voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales implicados en el proceso de radioterapia de nuestro hospital, implantado 2009, basado en el Manual de la OMS *Perfil de Riesgo de Radioterapia* (2008).

Descripción de la intervención de mejora

El acceso al formulario electrónico se instaló en varios equipos del servicio desde julio de 2009. Incluye datos del tipo de evento, severidad, frecuencia y causa probable. Se dio a conocer a través de dos cursos dirigidas a todo el personal antes de comenzar a registrar las incidencias, y periódicamente se actualiza.

El formulario refleja los eventos evitables o prevenibles más importantes según el perfil de riesgo de la OMS, incluyendo cómo, cuándo y quién detectó el evento y los clasifica según la etapa del proceso radioterápico en que ocurren.

Evaluación y resultados

Trimestralmente analizamos los registros, categorizándolos por causa y frecuencia temporal. Multidisciplinariamente evaluamos la recurrencia de eventos, proponiendo aquellas barreras (medidas preventivas) que minimicen los riesgos detectados. Estudiando los riesgos potenciales, y sus posibles causas, hemos diseñado e implementado barreras preventivas de incidentes prevalentes. Promovemos registrar eventos de seguridad sucedidos, favoreciendo la comunicación anónima para su evaluación. Hemos establecido un plan formativo continuado en materia de Seguridad para todo el personal.

Conclusiones

Evaluando los incidentes producidos, desarrollamos métodos de prevenirlos, promoviendo la seguridad del paciente. Así, hemos modificado la visión del profesional, incluyendo esta cultura de seguridad en nuestro trabajo y en los objetivos organizativos del servicio. Ha sido básico para desarrollar: análisis de eventos registrados, según su impacto (sin daño, bajo, moderado, severo); protocolos de actuación (procedimiento de identificación de pacientes), y un mapa de riesgos específico (en las distintas fases del proceso radioterápico, riesgos, impacto y barreras propuestas).

ELECTROCARDIOGRAMA E HISTORIA DIGITAL, SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: JIMÉNEZ ÁLVAREZ T, MUÑOZ SÁNCHEZ C, MORENO AGUILAR R, CHOMOCHO AYUSO A

Palabras clave: SEGURIDAD, TIC, WIFI, PACIENTE, ELECTROCARDIOGRAMA.

Análisis de la situación y contexto

Nos encontrábamos en un maremágnum de papeles de electrocardiogramas (ECG) en consultas, urgencias y hospitalización de nuestro centro. Se realizó un estudio de viabilidad de la inclusión de los electrocardiogramas en nuestra Historia digital de Diraya, para evitar el papel e identificar al paciente de forma segura.

Descripción de la intervención de mejora

Se realizaron integraciones de los demográficos de pacientes, citas y *worklist* con nuestra oficina de interoperabilidad (OTI), se conectaron por wifi los electrocardiogramas en una red específica para nuestro centro y se validó la aplicación de visualización de todos los electrocardiogramas asociados a un paciente a través del botón rojo de Estación Clínica y Urgencias.

Evaluación y resultados

Actualmente todas las citas de electrocardiogramas de nuestro centro se envían desde la *worklist* del gestor de citas de Diraya Citaweb directamente al electrocardiógrafo o si no tiene una cita se lee con un lector de código de barras del NUHSA del paciente en pulsera identificativa o en pantalla.

Los electrocardiógrafos se conectan por wifi al servidor, emiten y guardan el ECG pudiéndose visualizar, comparar y revisar y todos los electrocardiogramas de un paciente en nuestra historia de Salud a través del botón rojo. El ECG forma parte integral del entorno de la historia digital del paciente.

Conclusiones

Actualmente todos los pacientes tienen correctamente asociados sus electrocardiogramas para su visualización y estudio (seguridad del paciente), logrando además una mejora medioambiental al no ser necesaria su impresión.

La incorporación de la tecnología ha contribuido a la mejora de la seguridad y la calidad en la asistencia.

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA NUTRICIÓN PARENTERAL PEDIÁTRICA

Autores: LADRÓN-GUEVARA GARCÍA M, FERNÁNDEZ RUBIO B, CAMPANO PÉREZ L

Palabras clave: VALIDACIÓN, NUTRICIÓN PARENTERAL, PEDIATRÍA

Análisis de la situación y contexto

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) identifica la nutrición parenteral como un medicamento de alto riesgo debido a la gran complejidad de estas formulaciones, naturaleza interdisciplinar y a que cuando se producen errores y llegan al paciente causan daños. Especialmente sensible es la población pediátrica por su vulnerabilidad, número limitado de vías, gran variabilidad de las necesidades según la edad (prematureo, neonato, lactante, infante y adolescente), requerimientos elevados de calcio y fósforo en neonatos y alto grado de modificación de acuerdo a la situación clínica. Por todo ello, para la validación de la nutrición parenteral en nuestro centro se implementó hace tres años la lista de verificación publicada por Arenas-Villafranca J en neonatología. Las listas de verificación basadas en la evidencia científica se han utilizado con éxito en procedimientos quirúrgicos o proyecto bacteriemia zero por su utilidad, sencillez, bajo coste, efectividad y adaptación al medio.

Descripción de la intervención de mejora

A través del sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente se identificaron dos errores de validación y preparación y tres errores de prescripción relacionados con la nutrición parenteral pediátrica. La lista de verificación implementada en el centro solo recoge para su comprobación datos demográficos, rangos de nutrientes, electrolitos, vitaminas y oligoelementos para neonatos por lo que los errores notificados no podían ser detectados mediante la utilización del listado. El objetivo es modificar la lista de verificación incluyendo nuevos ítems que nos ayuden a detectar los errores notificados durante la validación.

Evaluación y resultados

Se realiza revisión bibliográfica de las necesidades de macronutrientes, micronutrientes, electrolitos, oligoelementos y vitaminas, edad y peso medio para prematuros, neonatos, lactantes, niños y adolescentes. Se incluyeron los rangos mínimos y máximos para cada rango de edad, diferenciando también entre prematuros y recién nacidos a término. El listado se completó añadiendo como nuevo ítem la fuente de proteínas, y en la composición de calcio y fósforo las unidades equivalentes. Se verificó que solo se necesitaba de unos minutos para completarla y se difundió en la unidad mediante sesión clínica.

Conclusiones

El sistema de notificaciones de incidentes relacionados con la seguridad es una herramienta sencilla y efectiva para la identificación, análisis de errores e implementación de acciones de mejora que eviten los mismos.

La nueva lista de validación nos permite detectar los errores notificados.

PERCEPCIÓN SOBRE REALIZACIÓN Y UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ENTRE EL PERSONAL DE UN BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores: PIANO A, ZURITA SANTISTEBAN R, ARJONA ARJONA JJ, BERNAL BASURTO R, AGUDO PONCE D

Palabras clave: CHECKLIST, LISTADO VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA, LVQ.

Análisis de la situación y contexto

El Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), también conocido como *Check-list*, es una de las herramientas que se han desarrollado para aumentar la seguridad de los pacientes en quirófano. A través de la comprobación de una serie de ítems se puede controlar la correcta realización de unos pasos básicos para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos reduciendo el número de errores potencialmente peligrosos para los pacientes. En nuestro bloque quirúrgico existe un LVQ, pero ¿se realiza correctamente su verificación en todas las cirugías?

Descripción de la intervención de mejora

Con la finalidad de verificar la correcta realización del LVQ, hemos realizado una encuesta anónima entre el personal del bloque quirúrgico de nuestro hospital. El objetivo es obtener un análisis de la percepción sobre la realización y la utilidad del LVQ para luego poder mejorar los protocolos de seguridad de los procedimientos quirúrgicos.

Evaluación y resultados

A la encuesta han respondido 35 personas (80% enfermeros), con más de 10 años de experiencia en quirófano en el 74,2% de los casos, que han referido tener un grado medio-alto (8,54/10) de conocimiento del LVQ. A pesar de eso, casi una de cada dos personas (48,6%) refiere no haber tenido una presentación adecuada del LVQ habiendo preferido en un 57% de los casos una sesión explicativa objetivando claramente los objetivos y la utilidad de su realización.

El LVQ se considera una herramienta con discreta importancia (8/10) para mejorar la seguridad del acto quirúrgico, pero según la mayoría de los entrevistados (57,1%) no se realiza una verificación total de todos los ítems del LVQ y esta no se realiza en tiempo real (aunque según el 60% la aplicación del LVQ no altera/perjudica el ritmo de trabajo).

El 94,3% de los entrevistados considera que la aplicación del LVQ tiene ventajas, pero el 50% opina que no existe una adecuada implementación en el servicio. Según los entrevistados la figura profesional que más se implica en la realización del LVQ es el enfermero (97,1%), destacando que el 42,9% de los encuestados opina que la implicación del cirujano es nula y en el caso del anestesista muy variable.

Conclusiones

A través de nuestra encuesta hemos observado que tenemos que mejorar a nivel de formación y que tenemos las bases para progresar en la realización del LVQ, involucrando todo el personal presente en quirófano para prevenir potenciales eventos adversos.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO)

Autores: SANZ-CEBALLOS L, GALÁN-RETAMAL C

Palabras clave: OPIOIDES, ADECUACIÓN, INTERVENCIÓN, TRATAMIENTOS, DOLOR.

Introducción

Los opioides son considerados medicamentos de alto riesgo para la seguridad del paciente. Durante 2020 se desarrolló en nuestra AGS una intervención interdisciplinar, para revisar y adecuar tratamientos de pacientes con fentanilo de liberación inmediata (FLI).

Objetivos

Optimizar la terapia con opioides en pacientes no oncológicos en tratamiento con FLI.

Metodología

Desde el inicio de 2020 se detectaron pacientes NO oncológicos con prescripciones activas de FLI y se informó a los médicos de familia (MF) para revisión de estos tratamientos, ya que FLI no se encuentra indicado como opioide de rescate en estos pacientes. La propuesta de revisión se acompañó de recomendaciones basadas en la evidencia acerca del manejo de estos medicamentos.

Durante octubre 2020 y como refuerzo, se auditó desde el servicio de farmacia el historial clínico de 28 pacientes no oncológicos en tratamiento con FLI. Se exploraron variables como: indicación, especialidad médica que inicia el tratamiento, duración, posología, otros opioides y modificación/suspensión por MF.

Se diseñó un informe de recomendaciones individualizado por paciente dirigido al MF, para servir de ayuda en el abordaje de estos tratamientos de riesgo, en pacientes sin indicación de FLI.

Resultados

De los 28 pacientes analizados:

- Indicación: 100% pacientes utilizaban FLI para DCNO (fibromialgias, lumbalgias crónicas, artrosis, dolores neuropáticos).
- Especialidad Médica: 14 pacientes (50,0%) Unidad Dolor; 6 (21,42%) MF; 4 (14,28%) origen no aclarado; 2 (7,14%) Traumatología y 2 (7,14%) otras Especialidades Médicas.
- Duración: 1 año 1 (3,57%), 2 años 3 (10,71%) y >2 años 24 (85,71%).
- % Pacientes con posología no adecuada para analgesia de rescate: 8 (28,57%).
- Otros opioides prescritos: 12 pacientes (42,85%) oxicodona/naloxona, 4 (14,28%) fentanilo parches, 3 (10,71%) tapentadol, 1 (3,57%) bomba morfina, 1 (3,57%) buprenorfina y 7 (25,0%) sin tratamiento de base.
- Intervención tras recomendaciones: Suspensión del tratamiento con FLI: 8 pacientes (28,57%). Modificación tratamiento+suspensión FLI: 3 pacientes (10,71%).

Conclusiones

Una estrategia informativa y con recomendaciones individualizadas por paciente consigue optimizar el tratamiento con opioides en el 28,57% de los pacientes revisados.

Se trata de una terapia de gran complejidad y que presenta elevado riesgo de abuso y dependencia, siendo necesario seguir trabajando en líneas formativas e informativas que mejoren hábitos de prescripción y revisión individualizada de situaciones no adecuadas como el uso de FLI en DCNO.

EVALUACIÓN SEGURA DEL DOLOR EN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO: LA MEDIDA DE SALUD

Autores: PRIEGO CUBERO E, PADILLO LÓPEZ J, VASCO MOHEDANO V

Palabras clave: DOLOR POSTQUIRÚRGICO, EVALUACIÓN, MEDIDA, SALUD, CUESTIONARIOS, NANDA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

Introducción

El dolor postquirúrgico se caracteriza por ser un dolor agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación prequirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) incluye el diagnóstico del dolor agudo dentro del dominio Confort y la clase Confort físico. El código de diagnóstico corresponde al número 00132.

La forma de medir el dolor agudo en pacientes por parte del personal de enfermería es muy importante en la práctica diaria. El hecho de medir con el instrumento de medida adecuado nos acerca a una práctica diaria segura y de calidad.

Con esta revisión de medidas de la salud en el dolor intentamos acercar a los investigadores los instrumentos para su práctica diaria en la evaluación del dolor como medida de la salud y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivos

Conocer los instrumentos de medida en castellano para evaluar el dolor en el paciente postquirúrgico e identificar las más utilizadas.

Metodología

Se realizó una búsqueda de escalas y cuestionarios validados para la valoración del dolor realizando una comparativa entre ellos y revisando la consideración del dolor como objeto de valoración. La revisión y búsqueda se llevó a cabo en diferentes bases de datos (pubmed, cuiden, cinahl y lilacs) y literatura gris.

Resultados

Se encontraron 3 métodos diferentes para medir dolor en pacientes postquirúrgico: métodos observacionales, fisiológicos y subjetivos (unidimensionales y multidimensionales). Se analizaron 159 artículos, la escala más utilizada para medir dolor en paciente postquirúrgico fue la escala EVA calificada como método subjetivo unidimensional, la cual estuvo presente en 78 de los 159 artículos y el cuestionario más utilizado fue MPQ, presente en 35 de los 159 artículos, dentro de los multidimensionales.

Conclusiones

La información subjetiva por parte del paciente a través de manifestaciones verbales o escrita es el mejor indicador de dolor postquirúrgico. Dentro de los modelos unidimensionales (escalas cuantitativas o de intensidad) consideran el dolor como una dimensión única, son las más utilizadas para valorar dolor agudo postquirúrgico. Mientras que la escala MPQ es más utilizada para valorar dolor crónico.

ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD EN LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

Autores: RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ MJ

Palabras clave: HEMOCULTIVOS, VARIABILIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Introducción

El hemocultivo es una herramienta diagnóstica para determinar la presencia de microorganismos en sangre. Mediante las muestras de sangre se estudiará el crecimiento de microorganismos en medios de cultivo, para determinar el mejor tratamiento frente al patógeno responsable. La adecuada pauta, extracción y procesamiento hacen que los resultados se correspondan con el estado real del paciente.

Una mala técnica lleva a errores que comprometen la seguridad del paciente. Un hemocultivo contaminado supone un incremento de la estancia hospitalaria de 4-5 días.

Los errores más frecuentes son los falsos positivos por contaminación de la muestra o falso negativo al penetrar parte del antiséptico al limpiar el tapón del medio de cultivo, o por inocular menos sangre de la requerida.

Objetivos

Conocer la variabilidad en la extracción de hemocultivos por parte de los profesionales de enfermería de un Hospital Universitario.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado entre los días 3 al 15 de abril.

Encuesta a 30 profesionales fijos, interinos y contratados de la Unidad para su cumplimentación.

Variables a estudio: número de muestras realizadas, tiempo transcurrido entre punciones, forma de extracción, medidas de asepsia, cantidad de sangre en medio de cultivo.

Resultados

Los resultados se exponen según las variables estudiadas:

- Perfil encuestados: 35% de encuestas pertenece a personal fijo o interino, asignados a la unidad; 65% de personal contratado con experiencia en otros centros.
- Número de muestras realizadas: 26, 31% una única extracción; 68, 42% 2 extracciones
- Tiempo transcurrido entre extracciones: 57, 89% simultánea; 5, 2% 10 minutos; 10,52 % 15-20 min.; 21,05% 30 min.
- Forma de extracción: 73, 86% vacutainer; 15, 78 jeringa; 10, 52% indistintamente.
- Medidas de asepsia: El 63, 15% no desinfecta el tapón antes de pincharlo frente al 36, 84 que sí lo hace; el 84, 21 no utiliza guantes estériles frente al 15, 78 % que sí lo hace; el 99% no utiliza campo estéril frente al 1% que sí lo hace.
- Cantidad de sangre en el medio de cultivo: 39, 31% 10 ml; 20, 86% 8 ml; 29, 31 % 5ml; 10, 52% no mide.

Conclusiones

La variabilidad aparece en todos los pasos del procedimiento.

Las respuestas corresponden tanto a personal con experiencia en la unidad como a incorporaciones por contrato, habituados a diferentes protocolos de otros centros, y la variabilidad aparece en los dos grupos, por lo que se puede decir que las diferencias afectan a otros centros.

Además de protocolos existentes, se precisa formación profunda dirigida a todos los profesionales.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LAS INTERRUPCIONES EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Autores: FRANCO ROMERO JA, MORANO TORRECUSA MJ, ALFONSO PÉREZ DP, GARCÍA GARRIDO A, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ S

Palabras clave: INTERRUPCIONES, CHALECOS, MEDICACION, ENFERMERA, INTERVENCIÓN.

Introducción

Las interrupciones están relacionadas con errores de administración de medicamentos. A la hora de implementar acciones correctoras no sólo es necesario conocer si son efectivas, sino en qué medida lo son.

Objetivo

Evaluar la efectividad de los chalecos STOP interrupciones durante la preparación y administración de medicamentos.

Metodología

Diseño cuasi-experimental prospectivo de intervención con medidas pre post realizado en septiembre-noviembre de 2019. Sujetos del estudio: enfermeras y auxiliares de enfermería de una unidad hospitalaria. Sobre un tamaño muestral inicial $n=220$ se implementó el programa de intervención "chalecos STOP interrupciones", considerando como resultado primario el número de interrupciones y la duración del procedimiento de preparación y administración de medicamentos. Como resultado secundario se relacionó la persona, momento, lugar y motivo de las interrupciones. Para el análisis de las variables de resultado se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, al no cumplirse el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para la medición del tamaño del efecto se utilizó la r de Rosenthal. Análisis realizado con el paquete estadístico SPSS 22.0.

Resultados

En la comparación total entre los grupos pre y post intervención, los resultados revelan la existencia de diferencia significativa en el número de interrupciones (pre: $Me=2$, $IQR=2$ y post: $Me=1$, $IQR=1$; $p<0,001$) y en la duración del procedimiento (pre: $Me=24$, $IQR=25$ y post: $Me=15$, $IQR=20$; $p<0,001$). Asimismo, en la comparación por grupo profesional, la intervención resultó efectiva tanto en el grupo de enfermería como en el grupo de auxiliares de enfermería en ambas variables. Respecto al número de interrupciones la intervención consigue un gran efecto en el grupo de enfermeras ($r=0,56$) y un efecto medio en las auxiliares ($r=0,40$), con una reducción global del 76,27% de las interrupciones ($n_{pre}=540$; $n_{post}=168$).

El estudio de los factores intervinientes revela una mayor prevalencia de interrupciones en los grupos familiar/acompañante, durante la mañana, en el pasillo y motivado por demandas de familiar/paciente.

Conclusiones

La utilización de chalecos STOP resulta ser una medida efectiva en la reducción de interrupciones durante la administración de medicamentos, una causa importante de distracción y de error.

La implantación de este programa en las unidades hospitalarias podría tener un gran impacto en la seguridad del paciente, con la reducción de incidentes relacionados con la medicación.

MEJORAS DETECTADAS POR LOS USUARIOS DE LOS EQUIPOS MÓVILES DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN RELACIÓN A LA “ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA”

Autores: ORTÍZ JIMÉNEZ FM, POZA ARTÉS CM

Palabras clave: FISIOTERAPIA DOMICILIARIA, PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS, CUIDADORAS, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA.

Objetivos

Identificar áreas de mejora en los Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia (EMRF), detectadas por pacientes pluripatológicos y sus cuidadoras incluidas en el área clave 3 de la “Estrategia para la Seguridad del Paciente”: Atención integral segura.

Metodología

Es un estudio cualitativo descriptivo realizado en el año 2020.

La población de estudio son las cuidadoras principales y pacientes pluripatológicos pertenecientes a dos Zonas Básicas de Salud del ámbito de intervención de los EMRF.

Los criterios de inclusión y tamaño muestral se ha establecido en función de la facilidad de acceso y voluntariedad de participación en el estudio. Se ha seguido el principio de saturación de información.

Para la recogida de información, se han realizado dos grupos focales y seis entrevistas individuales semiestructuradas, su contenido ha sido grabado y transcrito. El guión de las entrevistas incluye la transferencia segura y seguridad en la asistencia directa del paciente.

El análisis de la información se ha realizado por dos investigadores en paralelo. La validación de la información se ha realizado mediante la triangulación de resultados y triangulación de la fuente.

Resultados

Los resultados se han referido a dos aspectos concretos del Área 3. Atención integral segura.

- Transferencia segura para el paciente: El Sistema Sanitario tiene un sistema organizativo que permite una transferencia segura del paciente a los EMRF desde Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Sin embargo existen usuarios que aún precisando asistencia por los EMRF no la reciben por el desconocimiento de algunos profesionales sanitarios y usuarios de la existencia de los EMRF.
- Seguridad en la asistencia directa del paciente: Los usuarios conocedores de los EMRF valoran positivamente el tratamiento domiciliario en su entorno natural y familiar, y les permite tener una asistencia más segura. Sin embargo no tienen asignado un Fisioterapeuta domiciliario de referencia al que poder tener acceso directo al igual que lo hacen con su Enfermera y Médico de Familia.

Conclusiones

Al considerarse la transferencia segura del paciente pluripatológico una situación de alto riesgo, se hace necesario una mayor difusión de la cartera de servicios de los EMRF a los profesionales sanitarios implicados y a los usuarios para garantizar la coordinación de la transferencia, y que los usuarios ejerzan su derecho a recibir asistencia por los EMRF.

La vulnerabilidad de los pacientes pluripatológicos aumenta la posibilidad de sufrir un daño (caídas, UPP, dolor, etc.) que incrementa la morbilidad, aumenta los ingresos hospitalarios, etc. Estas complicaciones pueden paliarse en parte con un plan fisioterápico personalizado precoz mediante el acceso directo al Fisioterapeuta.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANAS NO MEDICALIZADA

Autores: LARA MORALES PA, HORTAL CARMONA J

Palabras clave: OSTEOPOROSIS, PREVENCIÓN, DEPRESCRIPCIÓN.

Objetivos

Realizar una revisión de la prescripción de fármacos antiosteoporóticos en una residencia de ancianas no medicalizada. Optimizar la farmacoterapia en los casos seleccionados.

Metodología

Se estableció como criterio de selección la prescripción de al menos un fármaco antiosteoporótico en el último año mediante análisis individual.

En las pacientes escogidas (27) se estudió la historia clínica pública y privada para valorar: año de inicio del fármaco; motivo de la indicación; pauta y modificaciones; aparición de posibles efectos secundarios y posibilidad de deprescripción en el momento actual.

De forma paralela se examinó el grado de idoneidad de la prescripción de forma individual comparando el riesgo de fractura a 10 años mediante la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (FRAX) y el cálculo absoluto del riesgo de fractura a 10 años (DGFCM).

Resultados

De las 27 residentes, 6 estaban en tratamiento con algún antiosteoporótico (3 Denosumab, 1 Alendronato, 1 Risendronato y 1 Ibandronato). La edad media era de 80.5 años y el tiempo medio de uso 5.03 años.

La indicación fue prevención primaria en 4 y prevención secundaria en 2.

En el momento del inicio de la terapia sólo se realizó estimación de riesgos a 2 de las pacientes.

En lo que respecta a efectos secundarios se han detectado 2 intolerancias digestivas a Alendronato y una osteonecrosis de mandíbula incipiente en ortopantomografía privada con la utilización de Denosumab.

La comparativa entre las herramientas FRAX y DGFCM mostró discrepancias: mientras que con el FRAX la totalidad de las pacientes deberían haber comenzado con tratamiento independientemente de densitometría; para la escala DGFCM 4 de ellas tenían indicación de tratamiento, 1 debía evaluarse tras densitometría y otra no se consideraba de riesgo.

A la hora de evaluar la deprescripción, 4 pacientes serían tributarias a retirada: 2 por haberse sobrepasado el umbral terapéutico, una por esperanza de vida limitada, y otra por aparición de efecto secundario potencialmente grave.

Conclusiones

La decisión de prescribir un antiosteoporótico debe ser un juicio que pondere múltiples criterios además del conocimiento técnico sobre el fármaco y la enfermedad, como: preferencias de la paciente, riesgos de la medicación, posibles beneficios. El abordaje farmacológico de la osteoporosis es sólo una parte del tratamiento de estos pacientes. La prevención de las caídas, la promoción del ejercicio físico y los hábitos de vida saludables son fundamentales en este tipo de pacientes.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN MAYORES DE 65 AÑOS NO POLIMEDICADOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

Autores: SANTAMARÍA OLMO R, BARRALES M, CASAS GONZÁLEZ C, GONZÁLEZ GÓMEZ I, SEGURA TORRES P

Palabras clave: POLIMEDICACIÓN, SEGURIDAD, PRESCRIPCIÓN, NEFROLOGÍA.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es frecuente en mayores de 65 años y supone riesgo para la seguridad en la prescripción farmacológica. La polimedicación es un riesgo bien conocido de seguridad. Sin embargo, en pacientes no polimedicados pueden existir riesgos de seguridad en la prescripción. Hasta el momento, no disponemos información sobre seguridad de prescripción en pacientes mayores de 65 años con ERC no polimedicados.

Objetivos

- 1) Analizar la seguridad de la prescripción de fármacos en pacientes mayores de 65 años ambulatorios atendidos en primera visita en consultas de Nefrología, derivados desde Atención Primaria, no polimedicados.
- 2) Identificar áreas de mejora en la seguridad de la prescripción en pacientes mayores de 65 años con ERC no polimedicados.

Metodología

Estudio multicéntrico en Servicios de Nefrología mediante encuesta sobre prácticas de prescripción de 21 grupos farmacológicos o fármacos frecuentes en pacientes mayores de 65 años, derivados desde Atención Primaria y atendidos por primera vez en Consultas de Nefrología. Se definen como no polimedicados aquellos con menos de 5 prescripciones. La seguridad de la prescripción de cada fármaco o grupo fue clasificada en: a) No indicado, no prescrito, b) Indicado, prescrito y ajustado a función renal, c) Indicado, prescrito y no ajustado a función renal, d) No indicado, prescrito, e) Indicado, no prescrito. Estadística: Análisis descriptivo de la seguridad de la prescripción en no polimedicados.

Resultados

De 192 encuestas recibidas, el 45.1% de las encuestas recibidas tenían menos de 5 fármacos prescritos (no polimedicados). El principal problema de seguridad fue falta de prescripción con indicación. El 67% de los fármacos indicados pero no prescritos fueron IECA/ARA2, estatinas, hipouricemiantes, diuréticos tiazídicos y de asa.

Conclusiones

Los pacientes no polimedicados presentaron baja frecuencia de problemas de seguridad de prescripción. Se ha identificado como área de mejora la revisión de la indicación y prescripción de diuréticos, bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona y fármacos relacionados con el metabolismo del ácido úrico y lípidos.

EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS AMBULATORIOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

Autores: ARESTÉ FOSALBA N, LÓPEZ APERADO C, POLAINA RUSILLO M, ROBLES LÓPEZ AI, TORRES SÁNCHEZ MJ

Palabras clave: SEGURIDAD, PRESCRIPCIÓN, NEFROLOGÍA, ENFERMEDAD RENAL.

Introducción

La revisión sistemática de medicación en mayores de 65 años es una estrategia del Servicio Andaluz de Salud para minimizar incidentes de seguridad.

La enfermedad renal crónica (ERC) es frecuente en mayores de 65 años y supone riesgo para la seguridad en la prescripción farmacológica.

Hasta el momento, no disponemos información sobre prácticas de prescripción e indicadores de riesgo de seguridad en pacientes mayores de 65 años con ERC.

Objetivos

Evaluar la seguridad de la prescripción en pacientes mayores de 65 años ambulatorios atendidos en primera visita en consultas de Nefrología, derivados desde Atención Primaria. Identificar áreas de mejora en la seguridad de la prescripción en pacientes mayores de 65 años con ERC.

Metodología

Estudio multicéntrico en Servicios de Nefrología mediante encuesta sobre prácticas de prescripción de 21 grupos farmacológicos o fármacos frecuentes en pacientes mayores de 65 años, derivados desde Atención Primaria y atendidos por primera vez en Consultas de Nefrología. La seguridad de la prescripción de cada fármaco o grupo fue clasificada en: a) No indicado, no prescrito, b) Indicado, prescrito y ajustado a función renal, c) Indicado, prescrito y no ajustado a función renal, d) No indicado, prescrito, e) Indicado, no prescrito. Estadística: Análisis descriptivo (R version 3.6.3, paquetes 'tidyverse' version 1.3.0 y 'gtsummary' version 1.4.0).

Resultados

De 4029 prescripciones revisadas de 192 encuestas, 3007 prescripciones fueron no indicadas y no prescritas. De las restantes 1022, 69.3% fueron indicadas, prescritas y ajustadas; 7.5% indicadas, prescritas y no ajustadas; 9.5% prescritas, no indicadas; 13.7% indicadas, no prescritas. El 48% de las encuestas tenían más de una prescripción inapropiada (no ajustada o no indicada), y 50% tenían más de un fármaco indicado y no prescrito. El 58% de los fármacos indicados, prescritos y no ajustados fueron IECA / ARA2, estatinas, hipouricemiantes y diuréticos de asa. El 55% de los fármacos no indicados y prescritos fueron diuréticos de asa y tiazidas, AINEs y metformina. El 55% de los fármacos indicados pero no prescritos fueron estatinas, IECAs/ARA2, hipouricemiantes e iSGLT2.

Conclusiones

Los problemas de seguridad de las prescripciones en pacientes mayores de 65 años derivados a Nefrología son poco frecuentes, pero afectan a un porcentaje significativo de pacientes. Los riesgos de seguridad relacionados con la prescripción de IECA / ARA2, diuréticos, estatinas, hipouricemiantes e iSGLT2 son áreas de mejora que pueden sustentar estrategias de uso racional de medicamentos en esta población.

EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) Y DIURÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

Autores: HIDALGO GUZMÁN P, GONZÁLEZ CARMELO I, ROSA GUERRERO P, TOLEDO ROJAS R, SANTAMARÍA OLMO R

Palabras clave: ANTIINFLAMATORIOS, DIURÉTICOS, SEGURIDAD, PRESCRIPCIÓN, NEFROLOGÍA, RENAL

Introducción

El uso de AINES y diuréticos de manera inapropiada es un riesgo para la seguridad del paciente con ERC. Hasta el momento, no disponemos información sobre prácticas de prescripción e indicadores de riesgo de seguridad de AINES y diuréticos en pacientes mayores de 65 años con ERC.

Objetivos

Evaluar la seguridad de la prescripción de fármacos AINES y diuréticos en pacientes mayores de 65 años ambulatorios con ERC atendidos en primera visita en consultas de Nefrología, derivados desde Atención Primaria. Describir las diferencias en el perfil de seguridad de prescripción de AINES y diuréticos en función de la polimedicación.

Material y métodos

Estudio multicéntrico en Servicios de Nefrología de Andalucía mediante encuesta sobre prácticas de prescripción de 21 grupos farmacológicos o fármacos frecuentes en pacientes mayores de 65 años, derivados desde Atención Primaria y atendidos por primera vez en Consultas de Nefrología. La seguridad de la prescripción de cada fármaco o grupo fue clasificada en: a) No indicado, no prescrito, b) Indicado, prescrito y ajustado a función renal, c) Indicado, prescrito y no ajustado a función renal, d) No indicado, prescrito, e) Indicado, no prescrito. Se realiza análisis descriptivo de la prescripción de diuréticos y AINES.

Resultados

De las 192 encuestas recibidas, la prescripción de diuréticos de asa, tiazídicos, la combinación de asa y tiazídicos, antialdosterónicos y AINES estuvo presente en el 42,9%, 42,4%, 6,52%, 12%, y 4,9% respectivamente. Los principales problemas de seguridad detectados fue la prescripción con la consideración de no indicado en 8,7% (d. asa), 7,6% (tiazidas), 4,35% (combinación asa y tiazida), 2% antialdosterónicos y 4,9% (AINES). La prescripción de diuréticos y AINES fue superior en polimedicados. Los principales problemas en no polimedicados fue la no prescripción en 7,2% (d. asa), 7,2% (tiazidas), 2,4% (combinación), 3,6% (antialdosterónicos). Los principales problemas en polimedicados fue prescripción considerada no indicada en 12,9% (d. asa), 9,9% (tiazidas), 6,93% (combinación), 4% (antialdosterónicos) y 7% (AINES).

Conclusiones

En general, la prescripción de diuréticos fue frecuente y adecuada. Los principales problemas de seguridad de diuréticos fue la no prescripción en pacientes no polimedicados y la prescripción sin indicación en pacientes polimedicados. La prescripción de AINES fue poco frecuente y fue considerada como no indicada.

AUMENTO DE LA SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN POSTGRADO EN LA INMUNOTERAPIA DE ALERGIA

Autores: ROMERO RUEDA E, MESA GARCÍA C, RODRÍGUEZ POZO C

Palabras clave: EDUCACIÓN, SEGURIDAD, INMUNOTERAPIA, ALERGIA.

Objetivos

Ampliar la formación sobre vacunación de alergia en los profesionales de los centros de salud, para evitar el abandono de la inmunoterapia de los pacientes, así como la incorrecta administración de la misma.

Metodología

Reunimos material didáctico que se podía proyectar, en el cual se explican una serie de conceptos básicos sobre qué es y cuál es la forma correcta de administrar la inmunoterapia en alergia.

Concertamos días y horas en las cuales nos desplazamos a los centros sanitarios para exponer dicho material, así como responder a las dudas que pudieran surgir.

Por último, para evaluar los conocimientos adquiridos diseñamos unos cuestionarios anónimos con 10 preguntas tipo test, cada una de las cuales tiene una sola respuesta correcta entre 3 opciones. Dicho cuestionario se repartió entre los asistentes para hacer una evaluación inicial antes de la exposición y otra final, posterior a la charla educativa.

Resultados

Repartimos un total de 26 encuestas iniciales y 26 encuestas finales a los enfermeros que acudieron al seminario. Al evaluar las respuestas correctas e incorrectas de los cuestionarios, obtuvimos los siguientes resultados:

Durante la evaluación inicial de las 260 preguntas totales, 60 fueron respondidas erróneamente, lo que representa un error global del 23.4%. Mientras que en la evaluación final solamente 19 preguntas fueron respondidas de modo equivocado lo que corresponde al 7.3%.

En la evaluación inicial todas las preguntas del cuestionario fueron respondidas en alguna ocasión erróneamente, en el cuestionario final el 60 % de las cuestiones fueron respondidas correctamente.

En el cuestionario inicial 25 de los 26 participantes tuvieron algún error en el cuestionario lo que corresponde al 96% de las encuestas. En la encuesta final ese ítem baja al 53%, ya que solo 14 personas cometieron errores.

En la evaluación inicial hubo cuestionarios respondidos hasta con 6 errores, y 14 personas tuvieron más de 2 errores. En el cuestionario final 12 personas contestaron correctamente al 100% de las preguntas y otras 10 tuvieron solamente un error.

Conclusiones

Con estos datos podemos sentirnos satisfechos por la enseñanza impartida y constatar la importancia de transmitir conocimientos entre las diferentes unidades que administran inmunoterapia. Se demuestra así la repercusión positiva en la atención, ya que aumentan la seguridad, tanto de los pacientes como de los profesionales.

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN MAYORES DE 65 AÑOS POLIMEDICADOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

Autores: RANGEL HIDALGO G, BAYO NEVADO MA, EADY ALONSO M, ZARCOS E, SANTAMARÍA OLMO R

Palabras clave: POLIMEDICACIÓN, SEGURIDAD, PRESCRIPCIÓN, NEFROLOGÍA, ENFERMEDAD RENAL, ÁREAS DE MEJORA

Introducción

La polimedicación definida como la prescripción de 5 ó más medicamentos de forma continuada durante un período igual o superior a 6 meses supone un riesgo de seguridad del paciente. Hasta el momento, no disponemos información sobre el perfil de riesgo de seguridad de prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años con atendidos por Nefrología.

Objetivos

- 1) Conocer la prevalencia de polimedicación en pacientes mayores de 65 años ambulatorios atendidos en primera visita en consultas de Nefrología, derivados desde Atención Primaria
- 2) Identificar áreas de mejora en prescripción farmacológica en pacientes mayores de 65 años polimedicados.

Metodología

Estudio multicéntrico en Servicios de Nefrología mediante encuesta sobre prácticas de prescripción de 21 grupos farmacológicos o fármacos frecuentes en pacientes mayores de 65 años, derivados desde Atención Primaria y atendidos por primera vez en Consultas de Nefrología. Se definen como polimedicados aquellos con 5 o más prescripciones. La seguridad de la prescripción de cada fármaco o grupo fue clasificada en: a) No indicado, no prescrito, b) Indicado, prescrito y ajustado a función renal, c) Indicado, prescrito y no ajustado a función renal, d) No indicado, prescrito, e) Indicado, no prescrito. Estadística: Análisis descriptivo de la seguridad de la prescripción en polimedicados.

Resultados

Se recibieron 192 encuestas. El 54.9% tenían 5 o más fármacos prescritos (polimedicados). Los principales problemas de seguridad fueron la prescripción no indicada y la falta de prescripción con indicación. El 66% de los fármacos no indicados pero prescritos fueron diuréticos de asa y tiazidas, metformina, fibratos y AINEs. El 67% de los fármacos indicados pero no prescritos fueron iSGLT2, hipouricemiantes, estatinas, iDPP4 y arGLP1.

Conclusiones

La polimedicación es un problema de seguridad frecuente en pacientes mayores de 65 años derivados a Consulta de Nefrología. Se han indentificado como áreas de mejora la revisión de la indicación y prescripción de diuréticos, fármacos relacionados con el metabolismo del ácido úrico y lípidos y fármacos antidiabéticos.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CRÁNEO URGENTE. PERFIL DE PACIENTE Y JUSTIFICACIÓN RADIOLÓGICA

Autores: VÁZQUEZ GONZÁLEZ A, BENITO VÁZQUEZ E, VÁZQUEZ CARANZA A, BENITO ROMERO P, BENITO ROMERO MI

Palabras clave: RADIACIONES, IONIZANTES, TAC, CRÁNEO, URGENCIAS.

Objetivos

La solicitud de procedimientos con radiaciones ionizantes requiere una justificación basada en la relación riesgo beneficio. Los objetivos de nuestro estudio son describir el perfil de pacientes con tac craneo urgente y conocer si las indicaciones de estos estudios están justificadas y no comprometen la seguridad.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo. Realizado UGC Radiodiagnóstico.

Muestra: pacientes que se han realizado TAC craneal urgente los días 1, 2 y 3 abril 2021

Recogida datos: autofichas con variables analizar.

Recogida de datos: programa radiología y estación clínica

Resultados

Total de estudios realizados: 99. TAC de cráneo sin contraste 62 (62,60%).

Sexo: hombre 61,3%, Mujer 38,7%. Edad media hombres: 58,97, Edad media mujeres: 64,50. Servicio solicitante: Urgencias Generales, 54,8%, Urgencias Trauma 22,6%, entre los más prevalentes.

Motivo de la solicitud: Traumatismo 17,7%, Sintomatología Neurológica 61,7%, patología previa 9,7%, controles radiológicos 11,3%.

Lesión intracraneal: 41,9%

Tipo de lesión: Ictus isquémicos 69,23% , HSA 11,53%.

Lugar de ingreso: Unidad de Ictus 39,39%, Observación 24,24%.

Conclusiones

Respondiendo al primer objetivo propuesto, el perfil del paciente al que se le realiza tac de cráneo de carácter urgente es en su mayoría hombres procedentes de consultas de urgencias generales que presentan debilidad en miembros, pérdida de fuerza y disartria, cuyas lesiones corresponden a ictus isquémico, que quedan ingresados en la unidad de ictus.

En relación al segundo objetivo relacionado con la justificación de las solicitudes de estudio, de los pacientes procedentes de las consultas de urgencias de trauma sólo el 7,1% presentan lesión intracraneal, un paciente de catorce. El mecanismo lesional de los traumatismos corresponde a traumatismo de bajo impacto o de baja energía cuya puntuación de escala de coma de Glasgow es normal y ninguno de ellos está en tratamiento anticoagulante. Edad media de 50,6 años.

Por el contrario, de los pacientes procedentes de urgencias generales, casi la mitad presentaban lesiones intracraneales, el 41,4%, casi todos hombres (92,8%), todos diagnosticados de ictus isquémico. Ninguno de ellos está con tratamiento anticoagulante y sólo uno con antiagregante. Edad media 68,3 años.

Con las limitaciones de este análisis sería muy atrevido considerar la adecuada o inadecuada justificación de los estudios solicitados desde las consultas de urgencias de trauma, pero sí puede ser un punto de partida para próximos análisis, más focalizados en este área y a tiempo real y como valor añadido favorecer la realización de protocolización de las solicitudes.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO AL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ESTUDIO PILOTO

Autores: ALBA FERNÁNDEZ CM, CASADO FERNÁNDEZ E, MARTÍNEZ SÁNCHEZ B, GUTIÉRREZ LINARES S, MOYA ROLDÁN S

Palabras clave: CONTENCIONES MECÁNICAS, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACTITUD, CONOCIMIENTO, BUENAS PRÁCTICAS.

Objetivos

Evaluar los conocimientos y actitudes en relación al uso de contenciones mecánicas (CM) en pacientes hospitalizados.

Metodología

Se ha utilizado un cuestionario “ad hoc” en el que se incluyen preguntas referidas a los motivos y consecuencias de su uso, cuidados requeridos, actitudes de los profesionales y aspectos ético-legales, seleccionadas tras una revisión de guías de buenas prácticas en contenciones y de las recomendaciones del Comité de Bioética de España. El cuestionario, alojado en la plataforma lime-survey, se distribuyó mediante los canales habituales de la Comisión de Seguridad del Paciente entre el 26 de marzo y el 4 de abril de 2021. Se realizó un análisis descriptivo de la información recogida y se valoró el efecto de la experiencia, categoría profesional y unidad.

Resultados

Se obtuvieron 475 respuestas válidas, 17% proporcionadas por personal médico, 47% por personal de enfermería y 34% por persona técnico auxiliar en cuidados. El 89.3% reconocieron que en su unidad se utilizan medidas de CM, sin embargo, sólo 52.8% conoce la existencia de protocolo en su unidad, y sólo un 16.0% reconocen el antecedente de eventos adversos relacionados.

El uso de CM se considera la primera opción para prevenir autorretirada de dispositivos por el 28% de los que contestan, que en su mayoría muestran unos conocimientos adecuados, sin embargo, un 72.8% consideran erróneamente que disminuye el riesgo de caídas, y solo un 42% sabe que el personal de enfermería no puede indicarlo sin prescripción médica. Destaca un bajo conocimiento sobre las complicaciones inmediatas y tardías asociadas al uso de CM, con un porcentaje de respuestas correctas del 43.6% y 36.6% respectivamente. Sólo un 26.9% reconoce que el uso de CM no disminuye la probabilidad de sufrir lesiones. En general, el personal de enfermería responde de forma correcta con mayor frecuencia, excepto en las cuestiones referidas a complicaciones, contestadas mejor por el personal médico. Por unidades fue en Salud Mental donde el personal es más consciente de los requisitos y riesgos de las CM.

Conclusiones

El uso, los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con las CM debe evaluarse periódicamente a fin de identificar y corregir conceptos y prácticas erróneas que comprometen gravemente la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. Las encuestas online como la presentada son fáciles de realizar y sistemáticas.

IMPACTO DE LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores: RODRÍGUEZ MORETA C, GANFORNINA ANDRADES A, CORRALES PAZ M, PLA PASAN R, BULO CONCELLÓN R

Palabras clave: REVISIÓN, POLIMEDICADOS, PRESCRIPCIÓN

Objetivos

Comprobar si las prescripciones de los pacientes polimedicados son revisadas por los médicos prescriptores y analizar los cambios en el tratamiento producidos tras la revisión.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos pacientes que en noviembre de 2019 tuvieron 15 o más prescripciones activas en receta XXI. Se analizó si estas prescripciones fueron revisadas por algún médico prescriptor en el periodo enero-diciembre de 2020, así como los resultados de dicha revisión. Los datos se obtuvieron del programa MicroStrategy® y del módulo de prescripciones de Diraya®.

Resultados

Se seleccionaron a 661 pacientes que debían de ser revisados por 1.203 facultativos especialistas de área (FEA). De todos ellos, solamente se analizaron el 41,3% (273), de los cuales el 86,08% (235) fueron examinados por el FEA prescriptor o por su médico de atención primaria, mientras que el 13,92% (38) se analizó por un facultativo diferente. El 70,57% (220) de los pacientes fueron examinados una vez; el 13,19% (36) tuvieron 2 revisiones; el 5,13% (14) 3 revisiones; y el 0,74% (2) y el 0,37% (1) tuvieron 4 y 5 revisiones, respectivamente. Las unidades clínicas que más pacientes analizaron fueron: endocrinología y nutrición (20,51%; 56), neumología (17,58%; 48), cardiología (12,82%; 35) y salud mental (12,09%; 33). Se realizaron un total de 327 revisiones y los resultados que se registraron tras las mismas se clasificaron en: sin cambios en el tratamiento: 65,44% (214); anulación de tratamientos: 14,68% (48); modificación de la posología: 10,09% (33); y nuevos tratamientos: 9,79% (32). El número medio de prescripciones activas tanto antes como después de las revisiones fue de 17.

Conclusiones

El tratamiento de la mayoría de los pacientes polimedicados no ha sido revisado en el periodo de un año, y de los que sí fueron analizados, un porcentaje considerable no ha requerido cambios en su tratamiento por parte del médico prescriptor. Tras las revisiones, no ha disminuido el número medio de fármacos por paciente, por lo que la polimedicación sigue suponiendo un problema sanitario en cuanto a la seguridad y adherencia.

ANÁLISIS DE POLIMEDICACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UNA UNIDAD DE RESIDENCIAS

Autores: RODRÍGUEZ MATAS BM, CHINCHILLA ALARCÓN T, ESPINOSA ALMENDRO JM, ESPINOSA BOSH M

Palabras clave: POLIMEDICACIÓN, INSITUCIONALIZADOS, RESIDENCIAS.

Objetivos

El envejecimiento de la población va en aumento. Esta situación aumenta la multimorbilidad y la polimedicación, con una serie de consecuencias clínicas, económicas y éticas. Una estrategia para disminuir la polimedicación excesiva consiste en la valoración estructurada de la prescripción con el apoyo de herramientas para la desprescripción como los criterios STOPP-START o los Criterios de Beers, entre otros. Las Unidades de Residencias se conforman con un equipo de referencia de un médico y un grupo de enfermeras y otros profesionales de apoyo que intervienen desarrollando una respuesta asistencial.

El objetivo principal del estudio es analizar la prevalencia de medicación inapropiada en los residentes de centros sociosanitarios.

Metodología

Realizamos un análisis observacional retrospectivo en una Unidad de Residencias desde el 15/3/2021 hasta el 28/4/2021 revisando los pacientes polimedicados, usando una hoja de recogida de datos en la que figuran: datos demográficos (edad y sexo), Índice de Charlson, frecuencia de duplicidades entre fármacos (DEF) y medicación con duración inadecuada (MDI), frecuencia de criterios STOPP-START, clasificados según su tipo.

Resultados

Se revisaron 195 residentes con una mediana de edad de 78 años (rango 42-99) de los que 102 con 10 o más fármacos y 93 con 15 o más, 69,6% mujeres (n=135) y 30,4% hombres n=59, Índice Charlson de 6 (1-12), 24,2% (n=47) DEF y 64,9% MDI (n=126), los criterios stopp con frecuencias mayores fueron: 73,7% Vasodilatadores, calcioantagonistas, nitratos, IECA y ARA II con hipotensión postural (n=143), 72,9% Benzodiazepinas; pueden reducir el nivel de conciencia y aumentar el riesgo de caídas (n=122), 49,5% Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina con hiponatremia y 41,2% Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (n=96). Los criterios start más prevalentes fueron: 19,6% iniciar estatinas con antecedentes de enfermedad vascular (n=38) y 25,3% laxantes en pacientes con opioides (n=49).

Conclusiones

La prevalencia de la polimedicación en personas institucionalizadas es muy elevada. La revisión estructurada de la medicación ofrece oportunidades de mejora de la prescripción ya que permite identificar posibles desprescripciones de medicamentos inadecuados así como detectar y corregir diversos errores de medicación. Los criterios stopp más comunes son desprescripción de benzodiazepinas y vasodilatadores, calcioantagonistas, nitratos, IECA y ARA II con hipotensión postural.

Este estudio sigue en marcha y próximamente se analizará el impacto de las recomendaciones farmacoterapéuticas en los pacientes.

EVALUACIÓN LA SEGURIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PRIMERA VISITA EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

Autores: ALONSO GARCÍA F, CRUZ MUÑOZ S, ESCAÑO MARÍN R, MARTÍN REYES G, ARESTÉ FOSALBA N

Palabras clave: ANTIDIABÉTICOS, SEGURIDAD, PRESCRIPCIÓN, NEFROLOGÍA, ENFERMEDAD RENAL, DIABETES.

Introducción

La diabetes mellitus es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC). La prescripción de fármacos antidiabéticos es necesaria para prevenir la progresión de la ERC en pacientes diabéticos. Es preciso conocer la función renal para una prescripción segura de fármacos antidiabéticos. Hasta el momento, no disponemos información sobre prácticas de prescripción e indicadores de riesgo de seguridad de antidiabéticos en pacientes mayores de 65 años con ERC.

Objetivos

Evaluar la seguridad de la prescripción de fármacos antidiabéticos en pacientes mayores de 65 años ambulatorios atendidos en primera visita en consultas de Nefrología, derivados desde Atención Primaria. Describir las diferencias en el perfil de seguridad de prescripción de antidiabéticos en función de la polimedicación.

Metodología

Estudio multicéntrico en Servicios de Nefrología de Andalucía mediante encuesta sobre prácticas de prescripción de 21 grupos farmacológicos o fármacos frecuentes en pacientes mayores de 65 años, derivados desde Atención Primaria y atendidos por primera vez en Consultas de Nefrología. La seguridad de la prescripción de cada fármaco o grupo fue clasificada en: a) No indicado, no prescrito, b) Indicado, prescrito y ajustado a función renal, c) Indicado, prescrito y no ajustado a función renal, d) No indicado, prescrito, e) Indicado, no prescrito. Se realiza análisis descriptivo de la prescripción de antidiabéticos.

Resultados

De las 192 encuestas recibidas, la prescripción de metformina, inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), análogos receptor GLP-1 (arGLP-1), glinidas y sulfonilureas estuvo presente en el 25,5%, 9%, 3,26%, 3,8% y 4% respectivamente. Los principales problemas de seguridad detectados fueron la prescripción con la consideración de no indicado en 4.35% metformina, 2% sulfonilureas y la no prescripción indicada 7% iSGLT2, 3.8% arGLP-1 y 2.2% glinidas. La prescripción de antidiabéticos fue superior en polimedicados. Los principales problemas en no polimedicados fue la no prescripción en 2,4% metformina, 3.6% iSGLT2, 2% glinidas, 1% arGLP1 y 1% sulfonilureas. Los principales problemas en polimedicados fue metformina en 7% prescrita no indicada y 7% prescrita no ajustada y no prescripción en 10% iSGLT2 y 5,94% arGLP-1.

Conclusiones

En general, los fármacos antidiabéticos fueron adecuadamente prescritos. Los principales problemas de seguridad fueron la no prescripción estando considerados como indicados de iSGLT2, arGLP-1 y metformina. En pacientes polimedicados los principales problemas detectados fueron la no prescripción de metformina, iSGLT2 y arGLP1 estando indicados y la falta de ajuste de metformina.

IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: GARCÍA GÓMEZ N, CLARAMUNT GARCÍA R, LOPEZ LÓPEZ AM, VILCHEZ MEDINA MT, CABA PORRAS I

Palabras clave: COVID-19, PANDEMIA, INTERVENCION

Objetivos

Analizar la influencia de la puesta en marcha en un hospital de tercer nivel de un plan urgente de contingencia durante la pandemia SARS-COV-2, en que se suspende toda intervención quirúrgica no esencial y se reorganizan los ingresos hacia los servicios de Medicina Interna, Infecciosos, Neumología y UCI, con el fin de evitar colapsos y disminuir contagios. Además se implantan nuevos protocolos de tratamiento en el programa de prescripción electrónica y programas de difusión de los mismos debido al uso de los nuevos tratamientos empleados en el COVID-19.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo donde se comparan los meses desde marzo a mayo de 2020 respecto al mismo periodo del año 2019. Los datos se obtuvieron de: Diraya-Clínica (historia electrónica), ATHOS-Prisma (programa de prescripción electrónica), y base de datos **Access donde se registran las Intervenciones Farmacéuticas (IF) realizadas. Las variables de medida fueron: IF registradas en los servicios hospitalarios, errores de medicación (EM) según el Documento de Consenso del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos; y grupos terapéuticos involucrados según el sistema de Clasificación ATC. La comparación entre las variables cualitativas se expresó mediante variaciones porcentuales.

Resultados

El número de intervenciones realizadas fue de 412 en el año 2020 y 502 en el año 2019. Se detectó un incremento de IF en los servicios de neumología (285,84%), unidad de cuidados intensivos (108,88%) e infecciosos (39,89%). Al contrario, se produjo una reducción en los de urología (-82,59%) y ginecología (-69,54%) así como en psiquiatría (-100%), nefrología (-80,96%) y neurología (-8,61%). Los EM con mayor aumento son: frecuencia de administración errónea (658,45%), incumplimiento de políticas hospitalarias (100,97%), dosis incorrecta (83,5%) y medicamento contraindicado (83,5%). Los grupos terapéuticos que experimentaron un incremento de IF fueron el grupo "L", agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (387,38%) a causa de Interferon; "J", antiinfecciosos sistémicos (82,77%) por azitromicina y lopinavir/ritonavir; y "H", preparados hormonales (48,92%) por el gran empleo de corticoides sistémicos.

Conclusiones

Los datos obtenidos en nuestro estudio (aumento de las IF en Neumología, UCI e Infecciosos y disminución en Urología, Ginecología, Psiquiatría y Nefrología) justifican el nuevo plan de contingencia. Igualmente, el empleo de nuevos tratamientos para el COVID-19 generó un aumento de las IF relacionadas con administración, dosis, medicamentos contraindicados e incumplimiento de las nuevas políticas hospitalarias que fueron solventadas mediante alertas electrónicas y comunicaciones directas, contribuyendo así a mejorar la seguridad del paciente durante la primera ola de la pandemia SARS-COV-2.

AMFE (ANÁLISIS DE MODOS, FALLOS Y EFECTOS) DE AISLAMIENTO EN PACIENTES COVID, SITUACIÓN DE PANDEMIA

Autores: TORRES VERDÚ B, TORRES PÉREZ LF, CLAMAGIRAND SAIZ V, LÓPEZ CARMONA MD, CASTRO ARMADA I

Palabras clave: AMFE, COVID, PANDEMIA, HOSPITALIZACIÓN.

Análisis de situación y contexto

La pandemia y su magnitud ha provocado la reorientación y reorganización de los servicios sanitarios. En esta situación se hace necesario revisar desde esta nueva perspectiva qué se está haciendo y qué cambiar en seguridad del paciente, de modo que se refuercen aquellas prácticas que puedan verse más afectadas.

Se pretende identificar las fallas subyacentes en nuestro medio que nos han hecho -y pueden hacernos- más débiles a la hora de establecer precozmente y mantener las recomendaciones de aislamiento en todas las áreas del centro.

Descripción de la intervención de mejora

En mayo 2020, el área de seguridad del paciente creó un grupo formado por profesionales del servicio de urgencias, hospitalización COVID, UCI y salud mental para la realización de un AMFE de pacientes sometidos aislamiento

Se siguieron los siguientes pasos:

- Tormenta de ideas: modos de fallo y correspondiente riesgo o efecto potencial.
- Ponderación: agrupación por área y puntuación de acuerdo con el NPR (número de prioridad de riesgo) en función de la gravedad, ocurrencia y defectibilidad.
- Identificación de áreas de mejora (AM) para reducir el riesgo inherente al fallo (NPR).
- Para cada AM desarrollo de intervenciones (IN) para su puesta en marcha.
- Cronograma y responsabilidades

Evaluación y resultados

AM1. Identificación del profesional para el usuario, que complete la práctica habitual de presentarse.

- IN1.1 Prender del EPI una foto con nombre

AM2. PNT específico de pacientes en situación de aislamiento estricto: aspectos clínicos, comunicativos y sociales

- IN2.1 Criterios de vigilancia: interacción mínima necesaria, escalas de seguimiento
- IN2.2 Criterios de urgencia: situación que requiere abordaje emergente, activación de circuitos específicos
- IN2.3 Plan de comunicación integral con la familia/paciente en función de situación, evolución y requerimientos
- IN2.4 Difusión de la herramienta

AM3. PNT abordaje de personas en situación de últimos días sometidos a aislamiento por COVID-19

- IN3.1 Preparación del duelo
- IN3.2 Posibilidad de acompañamiento
- IN3.3 Inclusión de aspectos éticos: VVA.
- IN3.4 Equipo orientado a la comunicación y abordaje del duelo. Asesoramiento y apoyo a los profesionales implicados en la asistencia de estos pacientes

AM4. Estrategia de comunicación ampliada para la interacción social

- IN4.1 Facilitar medios de interacción, fundamentalmente relacionados con la imagen: tabletas.
- IN4.2 Equipo de apoyo a la comunicación

AM5. Desarrollo de un programa formativo integral, orientado a la atención a pacientes en situación de aislamiento estricto.

- IN5.1 Plan de formación hospitalario 2021

Conclusiones

Se ha conseguido reordenar circuitos funcionales y estructurales, con procedimientos normalizados, para salvar muchos de los riesgos originados por el aislamiento estricto en un gran volumen de pacientes aislados simultáneamente en un hospital.

COMUNÍCATE, YO TE CUIDO

Autores: SÁNCHEZ GÓMEZ NM, GÓMEZ BARRAGÁN C

Palabras clave: COMUNICACION, SEGURIDAD, NEONATO.

Análisis de situación y contexto

La atención al recién nacido supone el cuidado de uno de los pacientes más delicados y vulnerables a los que se presta asistencia sanitaria. Las unidades de Neonatología realizan su labor con unos cuidados centrados en la familia que facilitan la integración y participación de los padres en la atención a sus hijos. A pesar de los grandes avances realizados en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales aún hay margen de mejora respecto a la comunicación con los pacientes y familiares. Trabajamos en una unidad de Neonatología donde se ofrecen cuidados neonatales avanzados en un lugar estratégico y fronterizo. Esto supone la derivación a esta unidad de pacientes de entornos culturales diversos que quedan en una situación de vulnerabilidad aún mayor por presentar barreras lingüísticas (pacientes cuya lengua nativa es árabe o inglesa). En la estrategia para la seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz, se contempla como acción: "Reforzar la atención segura para pacientes en situación de vulnerabilidad". Dentro de esta acción se establece como objetivo: Establecer criterios de vulnerabilidad de pacientes para adecuar la asistencia a sus necesidades mejorando su seguridad.

Descripción de la intervención de mejora

Se contempla como acción orientativa en este marco "Avanzar el desarrollo de herramientas para mejorar la información a pacientes que presentan barreras de comunicación". El título de nuestro poster es "Comunícate, yo te cuido".

El objetivo es describir y conocer los cuidados de enfermería a través de dibujo y su traducción en tres idiomas facilitando la comunicación con los padres.

La metodología ha consistido en utilizar un pictograma que hemos realizado con los cuidados, indicaciones y recomendaciones más importantes para el cuidado de nuestros pacientes y sus padres, facilitando así mediante la visualización de las imágenes la comunicación.

Algunas de las imágenes ilustradas son: Método canguro, Lactancia materna, Cambio de pañal, Dar biberón... Todas estas imágenes van acompañadas de su breve descripción en inglés, francés y árabe, resaltando así su utilidad práctica en nuestra unidad.

Evaluación y resultados

Durante el semestre pasado hemos utilizado dicho pictograma con los padres que han ingresado en nuestra unidad y no hablaban español siendo el resultado positivo para ellos, el neonato y el personal de enfermería. Ha habido un incremento de manera significativa en la comunicación y motivación de los padres respecto al cuidado del recién nacido.

Conclusiones

El uso continuado del pictograma ha supuesto para el profesional una mayor y fácil comunicación siendo el gran beneficiario el neonato y su correcto desarrollo neurológico.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTES IODADOS INTRAVENOSOS (CIV) EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Autores: GRANDE FERNÁNDEZ S

Palabras clave: IMPLEMENTACIÓN, CODIFICACIÓN, CONTRASTE, INTRAVENOSO.

Análisis de situación y contexto

En el Servicio de Radiología se realizan estudios de Tomografía Computerizada y Resonancia Magnética, administrando contrastes iodados intravenosos (CIV).

Cada tipo de estudio requiere una pauta diferente de administración, modificándose el tipo, velocidad y volumen de contraste, dependiendo del estudio, el profesional que prescribe y también del equipo donde se realiza.

Por otro lado, la pauta indicada para un estudio se ve influenciada por el Radiólogo que prescribe, no existiendo un modelo y formato consensuado de prescripción de CIV en el Servicio.

Descripción de la intervención de mejora

Se estableció una codificación por Áreas Anatómicas, estableciendo para cada código una pauta de administración de CIV donde se especifica el tipo, la dosis y velocidad.

Igualmente se implantó un formato único de prescripción en el Servicio de Radiología.

Evaluación y resultados

Las Áreas Anatómicas quedaron codificadas y se describieron.

Se han desarrollado todos los protocolos de prescripción que se realizan en las diferentes Áreas y las posibles variantes, dependiendo del profesional que prescribe (Radiólogos) y del equipo donde se realiza el estudio.

Se ha elegido un modelo de codificación, que servirá de referente común para realizar todas las prescripciones.

Se han confeccionado los "codificaciones de prescripción" y el formato común de prescripción.

Se consensúa con los profesionales el formato y protocolos a establecer en el servicio a medida que se avanza en cada uno de los pasos anteriores.

Conclusiones

Establecer formas claras y consensuadas de prescripción entre los profesionales disminuye la posibilidad de errores y mejora la seguridad del paciente.

Las pautas claras de CIV mejoran la calidad de los estudios en Tomografía Computerizada y Resonancia Magnética.

IMPLANTACIÓN DE NUEVO CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA PARA MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: JOFRÉ PERALTA A, HERRERA EXPÓSITO M, URDA ROMACHO J, TORRES RODRÍGUEZ MC, CASTRO VIDA MA

Palabras clave: ENVÍO, MEDICACIÓN, SEGURIDAD PACIENTE, ATENCIÓN PRIMARIA.

Análisis de situación y contexto

La situación pandémica por COVID-19 que vivimos desde marzo de 2020 ha afectado en muchos aspectos a los pacientes subsidiarios de tratamientos de dispensación hospitalaria debido a las limitaciones perimetrales, confinamiento y mayor riesgo de infección en hospital. Esta situación ocasionó que muchos pacientes tuvieran dificultades o temor a ir al hospital para recoger su tratamiento habitual. Ante esta problemática se realizó esta intervención para continuar ofreciendo una atención farmacéutica de calidad y mejorar la seguridad del paciente.

Descripción de la intervención de mejora

La intervención se inició en Junio-2020. Consistió en implantar un circuito de dispensación de medicación hospitalaria a través de los centros de salud de Atención Primaria (CS) y realizar atención farmacéutica (AF) mediante llamada telefónica desde la consulta de farmacia hospitalaria.

Los pacientes seleccionados para el envío de medicación a su CS tenían que cumplir alguno de los siguientes criterios: ser dependientes, inmunodeprimidos, presentar patologías respiratorias u oncológicas o no tener recursos para acudir al hospital. A todos se les solicitó consentimiento verbal o escrito para la inclusión en el circuito y se respetó en todo momento la ley orgánica de protección de datos.

Previo al envío, el farmacéutico responsable realiza una llamada de AF al paciente valorando adherencia, efectos adversos, interacciones, adecuación posológica e información. Además, se concreta la fecha de llegada del tratamiento al CS.

La medicación es preparada por la técnico en farmacia en sobres opacos con etiquetas de destino e identificación del paciente. Se incluye un recibí que el paciente debe firmar cuando recoja el paquete y doble check de confirmación de entrega mediante una app móvil de mensajería. En caso de incidencia se contacta telefónicamente con el paciente.

Periodo de estudio: 6 meses (noviembre 2020-abril 2021).

Evaluación y resultados

Se envió medicación para 183 pacientes (43,2% mujeres). Se realizaron 453 envíos. La media (rango) de envíos mensuales fue de 75,5 (68-96). Se realizaron envíos a 41 CS diferentes. Todos los pacientes recogieron su tratamiento firmando el papel de recibí. En la app móvil de mensajería el 83% de los pacientes contestaron que si lo recibieron, 10,4% no recibieron el mensaje, 5,3% no respondieron y el 1,3% reportaron incidencias en la recogida.

Conclusiones

La intervención realizada ha permitido mejorar la seguridad de los pacientes más vulnerables ya que no fue necesario que acudieran al hospital y continuaron tomando su tratamiento hospitalario manteniendo una AF de calidad.

MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES: ACCIONES DE MEJORA Y PROTOCOLO DE USO

Autores: MARTOS ROSA A, TORRES RODRÍGUEZ MC, RUBIO CALVO D, CANTO MANGANA J, CASTRO VIDA MA

Palabras clave: MEDICAMENTOS, FOTOSENSIBLES, SEGURIDAD, ADMINISTRACIÓN, PROTOCOLO.

Análisis de la situación y contexto

La correcta conservación de los medicamentos es imprescindible para garantizar su uso seguro. Fuera de las condiciones adecuadas, la estabilidad físico-química puede verse comprometida, afectando a la eficacia y/o seguridad. Los medicamentos fotosensibles (MFS) deben ser protegidos de la luz para evitar la pérdida de actividad farmacológica. La carencia de estudios publicados sobre estabilidad de los MFS por parte de los laboratorios, así como la inexistencia de simbología en el cartón, planteó la necesidad de realizar una revisión interna en nuestro hospital.

Descripción de la intervención de mejora

Identificar los MFS intravenosos incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) y realizar una búsqueda de datos de estabilidad durante su almacenamiento, dispensación, reconstitución-dilución y administración. Se revisaron guías de administración, trabajos publicados por otros hospitales, fichas técnicas, bases de datos y consulta a departamentos técnicos de laboratorios farmacéuticos. En casos de disparidad se seleccionó la información de mayor evidencia científica. La información se trasladó al equipo de dirección asistencial para la adquisición de sistemas de administración fotoprotectores y se comunicó a los responsables de cada unidad de hospitalización (UH). Se diseñó un sistema de identificación de principios activos (PA) fotosensibles así como un circuito fotoprotector desde la adquisición hasta la administración del medicamento.

Evaluación y resultados

Se revisó la GFT y se incluyeron 351 presentaciones intravenosas, se revisaron 256 PA. 38 PA requerían medidas generales de fotoprotección. 14 requerían además fotoprotección durante su administración, entre ellos 6 requerían únicamente si el tiempo de administración excedía los 60 minutos. El cambio de coloración implicaba pérdida de actividad farmacológica en 1 PA. Se etiquetaron todos los MFS almacenados en farmacia y botiquines de UH con una etiqueta diferencial y se adjuntó una bolsa fotoprotectora para su dispensación. La información se incluyó en el programa de prescripción electrónica. Se diseñaron infografías para profesionales sanitarios que se distribuyeron en áreas de almacenamiento y UH.

Conclusiones

La revisión de los MFS implicó un uso seguro de los mismos debido a la consolidación de protocolos de fotoprotección desde la adquisición hasta la administración de los MFS. Dichos protocolos incluyeron medidas generales de fotoprotección durante su almacenamiento: proteger de luz directa y conservar en su envase original o cubrir el cajetín cuando no fuera posible; y medidas específicas en administración: utilizar sistemas fotoprotectores si el tiempo de perfusión excedía los 60 minutos.

PUNTOS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DEL SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA UNIDAD MDT

Autores: VILLA DEL PINO I, PÉREZ GARCÍA E, ALAOUI BENABDERRAHMAN N

Palabras clave: DOLOR, REGIÓN LUMBAR, FISIOTERAPIA, SEGURIDAD DEL PACIENTE, TRANSFERENCIA SEGURA.

Análisis de la situación y contexto

El dolor lumbar es una entidad clínica que afecta a alrededor del 70-80% de la población en algún momento de su vida con un coste directo sobre la calidad de vida del paciente además de un coste económico muy alto para las organizaciones, precisando de un modelo de atención que minimice las situaciones de riesgo innecesario.

Es preciso integrar el enfoque de seguridad con especial atención a las herramientas de valoración adecuadas y abordaje terapéutico apropiado a las necesidades del paciente.

Este es el enfoque de seguridad implementado en la primera Unidad del Método McKenzie de Diagnóstico y Terapia Mecánica (MDT) en la sanidad pública, creada en 2017 e integrada por un equipo multidisciplinar de Médicos Rehabilitadores y una Fisioterapeuta acreditada MDT. Hablamos de un modelo de tratamiento de dolor músculo-esquelético en columna vertebral o extremidades que partiendo de una entrevista clínica integral, valora cómo un movimiento del segmento corporal afectado, en una dirección concreta mejora sintomatología y mecánica; estableciendo una clasificación por síndromes y un tratamiento específico, reduciendo en lo posible eventos adversos relacionados con la terapia.

Descripción de la intervención de mejora

La intervención se inicia con un cuestionario de cribado a partir del cual se incluye o excluye al paciente y se establece la posibilidad de beneficiarse del tratamiento MDT en función de la presencia/ ausencia de indicadores agravantes. Una vez incluido en el programa MDT, se realiza la valoración protocolizada que evalúa puntos críticos de seguridad del paciente en la Historia MDT y los factores agravantes.

Evaluación y resultados

El trabajo de campo se inicia en Mayo de 2019 hasta Abril de 2021, siendo 94 los pacientes participantes. El objetivo es evaluar el programa, como línea de intervención que previene eventos adversos relacionados con su aplicación. Ningún paciente habiendo finalizado el Programa MDT ha reportado recidivas; el 85.9% presenta cambios relevantes en la escala en la Escala Roland Morris; el 70% de pacientes que tomaban medicación dejan de hacerlo.

En cuanto a la funcionalidad, el 49,2% de los pacientes la recuperan totalmente, y el 22,1% la recupera parcialmente.

Conclusiones

La complejidad del abordaje del dolor lumbar, evidencia la pertinencia del enfoque del Método McKenzie como línea estratégica articulada sobre la comunicación eficaz con el paciente y prevención de fenómenos adversos, a la vez que evita problemas de infravaloración.

CREACIÓN DE UNIDAD DE RESIDENCIAS COMO MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Autores: OCAÑA MORENO ML, ARAUJO BUENO ML, RUIZ GONZÁLEZ MV, CASADO DAZA M

Palabras clave: UNIDAD RESIDENCIAS, SEGURIDAD PACIENTE INSTITUCIONALIZADO.

Análisis de la situación y contexto

Los Centros sociosanitarios son escenarios asistenciales de importancia creciente por: Aumento esperanza vida, vulnerabilidad (pluripatología, polimedicación, morbilidad, inestabilidad clínica), discapacidad intelectual/física y factores de riesgo.

Aumento personas atendidas, diversidad de CCSS, cuidados suplidos por variabilidad de profesionales, uso de recursos para garantizar continuidad asistencial aumentando posibilidad de daños/efectos adversos

Desconocimiento de la realidad de los distintos CCSS del AGS: Geolocalización, nombre de la residencia, tipo de gestión, población residente, teléfonos contacto, centro de salud y hospital de referencias, y recursos humanos

Descripción de la intervención de la mejora

Creación “Unidad de Residencias” en el 2016 agrupando centros de mayores y disminuidos psíquicos del AGS de 6 municipios. Composición: farmacéuticos, médico de familia, técnico promoción salud, epidemiólogo, enfermero familia con función seguridad del paciente, 11 enfermeras gestoras de casos (EGC).

Lineas estratégicas: continuidad asistencial, coordinación cuidados y suministros, formación a profesionales del CCSS.

EGC referente/coordinadora, utilizando valoración enfermera integral individualizada/plan de cuidados a residentes, identificando factores de riesgo y características/vulnerabilidad.

Establecimiento de estrategias efectivas con resultados obtenidos para pacientes, profesionales y organización.

Evaluación y resultados

Creación de censo con 15 CCSS

Identificación/cuantificación problemas e implantación de prácticas seguras, con:

- 1.218 valoraciones residentes en el 2019 (100%). Con registro en historia de salud Diraya y en historias del CCSS.
- Factores riesgo más comunes: Incontinencias, polimedicación, riesgo de upp, dependencia, deterioro cognitivo, riesgo de caídas.
- Efectos adversos: úlceras por presión y caídas.

3 líneas estrategias/mejoras/prevenición:

- Paciente: PAP, Vacunación gripe y neumococo, Conciliación medicación (100% residentes)
- Profesionales: taller formativo prácticas seguras (higiene manos, uso seguro medicación, mejoras en comunicación, prevención efectos Tª Extremas)
- Organización: consensuamos mejoras en la transición y Guías fases/protocolos de Prevención y cuidados de upp, Prevención de aspiración, Protocolo incontinencia, Uso adecuado absorbentes, Uso seguro medicación/ productos sanitarios, Prevención efectos Tª extremas, Prevención infecciones y prevención de caídas

Conclusiones

La creación de la “Unidad de Residencias” permitió conocer realidad de CCSS del AGS identificando factores de riesgo, estableciendo líneas estratégicas de mejora efectivas, implantando prácticas seguras para pacientes, profesionales y organización, mejorando calidad asistencial de los residentes de dichos centros.

APOSTAMOS POR BACTERIEMIA ZERO: IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

Autores: VERDEJO AMAYA C, GONZÁLEZ GALÁN C, JIMÉNEZ VÁZQUEZ R

Palabras clave: BACTERIEMIA, CATÉTER, VENOSO, CENTRAL, HEMODIÁLISIS, CHECKLIST, INFECCIÓN.

Análisis y contexto de la situación

Los catéteres venosos centrales son un tipo de acceso vascular que se utiliza en hemodiálisis. Existen dos tipos, permanentes y temporales. Ambos conllevan un alto riesgo de infección, sin embargo los temporales presentan mayor incidencia de infecciones locales y bacteriemias, debido al tipo de catéter, zona de colocación, y que se canalizan de forma urgente. En nuestra unidad, al redactar el protocolo referente a la inserción de catéter temporal, realizamos una búsqueda bibliográfica sobre la prevención de bacteriemias relacionadas con el catéter asociadas a la colocación de estos dispositivos.

Descripción de la intervención de mejora

Se han encontrado diversas guías clínicas (PICUIDA) y programas enfocados a las disminuciones de estas infecciones (Bacteriemia Zero). Se recomienda que la técnica esté protocolizada, llevando un registro y usando una herramienta que verifique que se aplican prácticas basadas en evidencia. Por lo que nuestra intervención de mejora consiste en:

- Inclusión en nuestro protocolo de una lista de verificación.
- Implantación de una línea de acción en la Estrategia para la Seguridad del Paciente de nuestra unidad.
- Dar a conocer dicha herramienta a todo el personal de enfermería de la unidad, fomentar su uso y comprobar su registro en DIRAYA.

Evaluación y resultados

Desde su implantación en Junio de 2019, se han realizado 32 registros, estando implicado el 100% del personal de enfermería de la unidad. Las puntuaciones obtenidas han sido de 2 a 5 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo de infección) estando éstas relacionadas con la prioridad de la técnica, el lugar de inserción y el número de luces del catéter. Tenemos como limitación que los catéteres temporales insertados a pacientes procedentes de urgencias no pueden ser verificados al no encontrarse ingresados en el hospital, tratándose esto de una incidencia informática.

Esta limitación para nuestra unidad es bastante significativa ya que la mayoría de los catéteres insertados tienen prioridad urgente.

Conclusiones

La cumplimentación de un *checklist* sobre la inserción de catéteres venosos centrales ha mejorado la supervisión sobre medidas de asepsia y esterilidad necesarias en la técnica, y además, ésta se ha convertido en una herramienta habitual para las enfermeras de hemodiálisis, lo que supone una mejora en la seguridad para el paciente.

BRIEFING, HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: GONZÁLEZ ZURITA AI, PAREDES ESTEBAN RM, RUIZ PALOMINO A, GARRIDO PÉREZ JI, MURCIA PASCUAL FJ

Palabras clave: SEGURIDAD, PACIENTE, BRIEFING, PROCEDIMIENTO, SBAR, CIRUGÍA, PEDIÁTRICA.

Análisis de la Situación y Contexto

Estudios previos han puesto en evidencia que la mejora de la comunicación entre profesionales no sólo disminuye la producción de eventos adversos sino que incrementa la notificación de errores, incrementando la cultura de seguridad en los centros sanitarios. Los briefings son reuniones breves, de 5-10 minutos, en las que participan todos los profesionales involucrados en el cambio de turno. Se tratan aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el entorno de trabajo. Es una herramienta sencilla que incorpora información sobre seguridad al quehacer diario, identificando los puntos de riesgo y el plan de contingencias. Presentamos nuestra experiencia en la realización de Briefings en una unidad de gestión clínica

Descripción de la intervención de mejora

Realización de Briefings durante 2 años en la UGC de Cirugía pediátrica de nuestro hospital. Realización de un protocolo con el contenido del procedimiento SBAR (modelo de comunicación estructurada) y un POE por la propia Unidad.

La supervisora acude diariamente al cambio de turno (noche-mañana), recibiendo información sobre incidencias y acciones emprendidas o pendientes de realizar. A continuación, asiste al pase de guardia de Cirugía Pediátrica, que se hace a diario y al que acuden todos los facultativos. El briefing de seguridad se realiza de forma dinámica. Se comunican verbalmente incidentes reales y/o situaciones potenciales que requieran especial atención. Las comunicaciones son verbales y la información es compartida por el equipo al completo.

Evaluación y resultados

Se han realizado un total de 328 briefings con un registro de incidencias de impacto registradas de 34. Se recogen:

- Resolución de incidencias con medidas de acción inmediata.
- Derivación a otros profesionales (Trabajador/Pediatra Social, Enfermera Gestora de casos...)
- Registro de incidencias de impacto.
- Planificación de acciones preventivas (áreas de mejora).
- Notificación de EA en plataforma de Seguridad del Paciente vía web hospitalaria.

Se registran por escrito aquellas incidencias que hayan devenido en eventos adversos, los cuales son oportunamente registrados en la plataforma al efecto de la web del hospital.

Conclusiones

La implantación de los Briefings es necesaria ya que la seguridad del paciente supone un grave problema en la atención sanitaria, siendo necesario y urgente el desarrollo y aplicación de estrategias para la prevención y detección temprana de errores. Es necesaria la creación de cultura de seguridad y estar alertas las 24 horas los 365 días.

UNIFICACION DE UNA HERRAMIENTA PARA EL REGISTRO DE LA CONCILIACIÓN AL ALTA

Autores: MÉNDEZ ESTEBAN MI, GIL RODRÍGUEZ A, TOSCANO GUZMÁN MD, PAYÁ GINER C, FERNÁNDEZ URRUSUNO R

Palabras clave: CONCILIACIÓN, REVISIÓN MEDICACIÓN, ALTA.

Análisis de la situación y contexto

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Es un proceso estandarizado que trata de reducir los errores de medicamentos originados por problemas de comunicación en las transiciones asistenciales, y mejorar la seguridad y efectividad de los tratamientos. Requiere obtener la lista completa de medicación, revisar y documentar los cambios efectuados en todas las transiciones. Para facilitar, muchos servicios de farmacia han implementado herramientas teniendo en cuenta los recursos, sistemas de información y el modelo de continuidad de la asistencial local.

Descripción de la intervención de mejora

Muchas áreas de salud no disponen de instrumentos que faciliten la revisión y registro necesario en la conciliación. Hay variabilidad en el tipo y calidad de información obtenida de los distintos centros, siendo necesaria la coordinación y unificación de los procedimientos y los sistemas de información para optimizar la actuación y facilitar el seguimiento, evaluación y análisis de la conciliación.

Se formó un grupo de trabajo con farmacéuticos de diferentes áreas de salud para identificar las herramientas que registran conciliación y diseñar una encuesta dirigida a médicos, enfermeras y farmacéuticos. Se seleccionó la que ofrecía una información más completa y adecuada. Se realizó una encuesta electrónica, participaron 197 profesionales. Como resultado consideran la importancia de conciliar la medicación de todos los pacientes aprovechando el proceso para reforzar la adherencia al tratamiento. Tras validar la herramienta, se implementa mediante sesiones formativas y la información de altas hospitalarias a través de la aplicación informática de la historia de salud.

Evaluación y resultados

La herramienta facilita el informe de alta del paciente, dispone de un área para recoger la información de medicación, adherencia, alergias, contraindicaciones y otra, con el proceso de conciliación, permitiendo detectar discrepancias y documentar su resolución. Incorpora un enlace al sistema de notificación de incidentes y permite la explotación de los datos introducidos. Tras la adhesión de un área de salud del grupo de trabajo, durante el año 2020 los resultados muestran un 27% de conciliaciones (14% de enfermeras, 84% médicos y 2% mixtas). En un 2% se consultaron las discrepancias al farmacéutico.

Conclusiones

Observamos una respuesta de los profesionales por debajo de lo esperado, estando quizás condicionada por la situación inusual de crisis sanitaria vivida durante 2020. Por ello conviene seguir impulsando las actividades de conciliación destacando la importancia del registro.

Es necesario insistir en el papel del farmacéutico como profesional clave en la coordinación de la conciliación.

CAMBIO DE PRISMA. ACTUACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: PEREZ-MARTÍNEZ JF, GUIL-LÓPEZ F, FERNÁNDEZ-BLÁNQUEZ J, CEREZUELA ALCARAZ MA, FUENTES-GÓMEZ S

Palabras clave: TICS, WHATSAPP, LEAN, INFRAESTRUCTURAS, SEGURIDAD PACIENTE

Introducción

Incluir las nuevas tecnologías, la eliminación de las barreras arquitectónicas móviles y la clasificación de prioridades vitales, garantizando la seguridad del paciente en entornos donde su identificación y distancia de seguridad es primordial.

Objetivos

- Generar entornos de seguridad en la priorización.
- Controlar a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
- Incorporar las TICs en mejora de seguridad.

Metodología

Desarrollo de mejoras y adaptación de tecnologías para la atención urgente de pacientes hospitalarios mediante:

- Refuerzo del uso de pulseras identificativas del paciente y sincronización mediante lector de pulseras y volcado automático en historia digital de las intervenciones realizadas al paciente.
- Modificación del sistema de llamadas mediante código alfanumérico, utilización de envío automatizado vía SMS y Whatsapp al terminal del paciente e impresión de tickets de su llamada.
- Uso de pantallas en sala de espera que facilita identificación del código alfanumérico y seguimiento.
- Control visual remoto en sala de cuidados intermedia, mediante cámara ip para observación continua de los pacientes que esperan tratamiento rápido o son vulnerables.
- Identificación cromática de prioridades siguiendo el Sistema español de Triage mediante tarjetas individualizadas.
- Cartelería informativa para pacientes de tiempos de espera máxima según prioridad.
- Formación de profesionales en clasificación y subprocesos de atención al paciente urgente.
- Reubicación de zona de preparación de medicación que permite el control visual de pacientes dentro del área.
- Creación de áreas diferenciadas con mamparas de metacrilato fijas, que permitieran control visual continuado de los pacientes.
- Cambio estructural del ampulario de críticos, facilitando la rápida localización de la medicación, así como la de alto riesgo.
- Instalación de protección radiológica y control visual en área de Críticos.

Resultados

Tras la implantación de las medidas no ha habido ningún evento adverso asociado a las prácticas asistenciales en el Servicio de Urgencias.

Conclusiones

Además de la mejora evidente respecto a la seguridad de los pacientes desde que se implementaron las medidas, éstas han tenido una magnífica acogida por los profesionales que han participado en la toma de decisiones (Lean) configurando una organización ágil en toda la extensión del término.

EVALUACIÓN DE UN RESPIRADOR PARA SDRA COVID

Autores: SÁNCHEZ CARRIÓN JM, ORTUÑO CAÑIZARES A

Palabras clave: COVID, VENTILACION, SDRA.

Introducción

La presentación clínica del SDRAS covid comprende: caída de *compliance* pulmonar y procesos microtrombóticos, con hipoxemia grave por pérdida severa de adaptabilidad y perfusión alveolar, origen de aumento de espacio muerto y *shunt*, generando insuficiencia respiratoria global subsidiaria de soporte ventilatorio en 90% de ingresados en UCI, precisando decúbito prono, alta peep y modificaciones de relación I/E para reclutamiento alveolar, buscando mínima presión media sin afectación de la perfusión alveolo-capilar.

El respirador debe garantizar oxigenación adecuada y protección pulmonar aminorando volotrauma / barotrauma.

Ante el déficit de respiradores adecuados, los de “rescate” aportados por vías extraordinarias o de anestesia se muestran inadecuados.

En colaboración altruista, un equipo ingeniería-medicina granadino crea un respirador específicamente centrado en optimizar la ventilación al pulmón covid.

Objetivos

Evaluar la idoneidad/aplicabilidad del respirador mediante un sistema no biológico de alta sensibilidad.

Metodología

- Respirador: Modo Ventilatorio: Ventilación Controlada por Volumen/ Ciclado por Tiempo; Rate: 6-25 rpm; Relación I:E : 5:1 a 1:4; Pausa Inspiratoria: de 0 a 50%; Peep Mecánica; FiO2: 0,21-1.
- Sistema de validación: simulador pulmonar TestChest Organics last generation, evaluador pre-clínico sobre modelo físico/digital de programas de entrenamiento avanzado y evaluación en ventilación mecánica para anestesia/cuidados críticos. Replica un amplio rango de condiciones pulmonares, hemodinámicas y de intercambio gaseoso normales o patológicas (casos clínicos reales), de forma controlada, obviando el modelo animal (regla de 3 R) asegurando la reproducibilidad y variabilidad mínima en los parámetros objetos de estudio, imposible en modelo animal.

Método seguido:

- Programación del simulador de datos de casos reales : compliance, shunt, PEEP instaurada y presiones pico/ meseta.
- Encuadramos en 4 casos tipo: a. ARDS Recruitment largue; b. ARDS compliance Low; c. ARDS compliance Low 2; d. High resistance lung.
- Programación del respirador para ventilación protectora.
- recogida de datos- respuesta (chest –test).

Resultados

Hubo adecuación a las necesidades prefijadas en los 4 casos, 5 test/caso con óptimo nivel en: entrega del volumen fijado, control de pico presivo, meseta y drive de presión (ventilación protectora volo/barotrauma), incluida relación inversa I/E hasta 5/1.

Conclusiones

El diseño da respuesta al pulmón COVID; evaluado mediante un sistema de “testeo alta sensibilidad” mostró su adecuación óptima a las necesidades de ventilación necesarias, aportando seguridad al paciente sometido a ventilación mecánica *per se* y evitando usar respiradores insuficientes para su cobertura.

DETECCIÓN DE DUPLICADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE): UNA HERRAMIENTA DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: DOMÍNGUEZ S MC, ÁLVAREZ DE LARA MA, PÉREZ LÁZARO JJ

Palabras clave: DUPLICADOS, IDENTIFICACIÓN, PACIENTE, HISTORIA ELECTRÓNICA.

Objetivos

Evaluar la utilidad de estrategias para la detección precoz de duplicados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) antes de que puedan producir un error de identificación y generar un evento adverso que afecte a la seguridad del paciente.

Proponer actuaciones de mejora.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los trabajos relacionados con el tema de estudio.

Se desarrolló un estudio cuantitativo y descriptivo para el que se auditaron todos los episodios de los 6 primeros meses de 2020 en Consultas Externas, Hospitalización, Hospital de día Médico (HdM), Hospital de día Quirúrgico (HdQ) y Urgencias. Estos episodios fueron analizados para detectar duplicidades e incidencias, en base a dos criterios:

- Candidatos a Duplicados: episodios que tengan dos o más números de historia clínica local (HCL) en el hospital y un solo NUHSA (Número Único de Historia de Salud de Andalucía).
- Candidatos a Incompletos: episodios con campos en blanco fundamentales para la correcta identificación del paciente (DNI, fecha nacimiento, segundo apellido).

Se analizaron los resultados.

Resultados

En el estudio se han analizado un total de 182.923 registros, detectándose 87 duplicados o partidos lo que representa un porcentaje del 0,05% sobre el total de episodios. Donde más duplicados hay es en HdM con 0,08%, por encima de las consultas (0,06%, a pesar de tener mayor volumen) y en Urgencias es de 0,01%.

En cuanto a los registros incompletos, se aprecia que el campo que menos se completa suele ser el DNI (en Consultas Externas y en Urgencias con un 5,38% y 5,63% respectivamente) mientras que habitualmente la fecha de nacimiento sí suele estar rellena.

El número de duplicados resultante de este estudio es similar al de otros estudios realizados anteriormente: 0,02% y 1,85, 0,16, 2%, 2%, 8%.

En la actualidad se detectan registros duplicados a posteriori, pero no a priori. Para conocer el número de registros duplicados, partidos o incompletos de cada hospital, es necesario la monitorización o revisión periódica de los registros.

Conclusiones

La duplicidad de registros de historias clínicas afecta a la integridad de la información y también puede afectar a la disponibilidad de los datos. Ambos factores pueden provocar eventos adversos que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes.

Una vez conocido el porcentaje de duplicados, es preciso determinar el número de duplicados que puede ser asumible por la organización y establecer medidas de contención.

EL PROBLEMA DE LOS REGISTROS DE HISTORIA CLÍNICA DUPLICADOS: ANÁLISIS, MOTIVOS Y CONSECUENCIAS

Autores: MARTÍNEZ SÁNCHEZ B, GARCÍA MARTÍN R

Palabras clave: HISTORIA CLÍNICA, SEGURIDAD DEL PACIENTE, TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Objetivos

Realizar un análisis retrospectivo mediante la auditoría de episodios y registros de historia clínica. Estudiar las causas más frecuentes de la duplicación de registros de HCE en el centro.

Identificar los incidentes de seguridad reportados relacionados con el objeto de estudio.

Metodología

Se ha realizado una evaluación retrospectiva de los episodios asistenciales registrados en seis meses en el Hospital ** a partir de listados de episodios del módulo de gestión del conocimiento de la Estación Clínica de Diraya. También se han evaluado las HCE creadas y los registros duplicados fusionados en el mismo periodo, para conocer tanto la tasa como los motivos de duplicación, obteniendo la información de la Estación de Gestión de Diraya. Por último se ha realizado un análisis de los incidentes de seguridad reportados que podían guardar relación con la fragmentación de la HCE a partir de la recuperación del registro electrónico incorrecto de los pacientes.

Resultados

Se analizaron un total de 145.064 Episodios, obteniendo un 0,56% de duplicación en base al criterio de mismo NUHSA pero distinto NHC local. Por áreas, los porcentajes fueron del 0,86% en HDM, 0,57% en CE y Urgencias y 0,33% en Hospitalización. Aplicando el criterio de mismo NUHSA y algún dato relevante no coincidente, se obtuvieron 12 registros duplicados. En cuanto al número de episodios incompletos, el 17,3% no contenían el DNI del paciente, mientras que la fecha de nacimiento sólo faltaba en 47 registros.

En el periodo estudiado, se crearon en el centro 5.205 nuevas historias clínicas, detectándose 47 registros duplicados, lo que supone una tasa del 0,9%. El estudio de los registros duplicados detectados en un año ha permitido identificar los principales motivos de la duplicación: en el 29% de los casos el profesional no logró recuperar un registro ya existente, en el 30% se trató de dificultades con nombres compuestos, el 17% se debió a problemas con nombres simples (extranjeros principalmente) y el 8% se duplicó porque no fue posible la identificación del paciente (urgencias).

Conclusiones

La duplicidad de registros electrónicos de pacientes, en las diversas modalidades en que puede tener lugar, es un serio problema para los distintos sistemas de salud por cuanto puede afectar de manera grave a distintas áreas, desde la eficiencia económica a la seguridad del paciente. Este estudio ayuda a identificar acciones de mejora que permitan minimizar el impacto de este efecto no deseado del uso de la tecnología de HCE.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores: MORENO RAMOS C, DOMÍNGUEZ SANTANA CM, DÍAZ NAVARRO J, DOMÍNGUEZ CANTERO M

Palabras clave: ERRORES, MEDICACIÓN, INTERVENCIONES, UNIDOSIS.

Objetivos

Describir los problemas relacionados con la medicación detectados en el proceso de validación farmacéutica en pacientes ingresados y el grado de aceptación de las intervenciones realizadas.

Metodología

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los errores de medicación (EM) encontrados durante el año 2020 en el área de distribución de medicamentos en dosis unitarias. La prescripción médica electrónica, validación farmacéutica y registro de los EM se llevaron a cabo en la aplicación Dominion Farmatools® (versión 2.6). Las variables registradas fueron: tipo de EM detectado e intervención farmacéutica realizada, unidad de hospitalización y grado de la aceptación de las propuestas realizadas.

Resultados

Se detectaron 1830 EM, distribuidos del siguiente modo: 484 (26%) dosis inadecuadas, 379 (21%) suspensión de medicamentos, 343 (19%) medicamento revisado y correcto, 287 (16%) propuestas de cambio de fármaco, 185 (10%) frecuencias, 104 (6%) vías de administración inadecuadas y 48 (2%) otros.

Las intervenciones farmacéuticas realizadas fueron: 183 (10%) ajustes de dosis por sobredosificación, 169 (9,23%) suspensiones de tratamientos por duraciones excesivas, 152 (8,31%) ajustes posológicos por insuficiencia renal, 140 (7,65%) ajustes de dosis por infradosificación, 151 (8,25%) medicamentos no indicados, 82 (4,48%) terapias secuenciales, 129 (7,05 %) pautas más frecuentes de lo recomendado, 76 (4,15%) interacciones farmacológicas, 79 (4,32%) desescalados terapéuticos de antibióticos, 89 (4,86%) duplicidades terapéuticas y 580 (31,69%) otros.

La distribución de las intervenciones por servicios fue la siguiente: 586 (32,02%) Medicina Interna, 156 (8,52%) Cirugía, 154 (8,42%) Infecciosos, 143 (7,81%) Neumología, 142 (7,76%) Digestivo, 97 (5,30%) UCI y 461 (25,19%) otros.

Respecto al grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas, 451 (24,64%) no pudieron ser valoradas por falta de trazabilidad. De las 1379 restantes, 1117 (81%) fueron aceptadas y 262 (19%) rechazadas o ignoradas.

Conclusiones

Aproximadamente la tercera parte de los EM detectados se debieron a dosificaciones inadecuadas de medicamentos, seguidos de necesidad de suspensión del medicamento y cambios de fármacos por otras alternativas.

Las intervenciones farmacéuticas más frecuentes fueron debidas a dosificaciones excesivas, duraciones excesivas y necesidad de ajustes posológicos por insuficiencia renal.

Casi un tercio de las intervenciones no pudieron ser valoradas por falta de trazabilidad. El grado de aceptación de las restantes fue muy elevado.

El farmacéutico integrado en el equipo hospitalario actúa como parte de la cadena, garantizando seguridad al evitar que los EM alcancen al paciente.

LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA CON HERRAMIENTA PARA LA GENERACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores: PÉREZ RODRÍGUEZ A

Palabras clave: CONSENTIMIENTO INFORMADO, TIC.

Análisis de situación y contexto

El consentimiento informado juega un papel fundamental en la seguridad del paciente, ya que ayuda a lograr una mejor seguridad en la práctica asistencial.

Existe una gran cantidad de reclamaciones por un mal consentimiento informado. Hay que entender que no es sólo un documento sino un proceso, y que en España está regulado por ley.

En Andalucía se creó un comité para el seguimiento y evaluación del consentimiento informado en sus centros públicos sanitarios. Se desarrolló un catálogo de consentimientos informados escritos genéricos, con una estructura uniforme y recogiendo los últimos avances de la técnica.

Descripción de la intervención de mejora

Para facilitar el uso del catálogo y evitar prácticas erróneas que afectaban a la seguridad del paciente, se desarrolló una herramienta informática para la generación de consentimientos informados.

Los objetivos de la herramienta fueron: facilitar la elaboración de los consentimientos informados y seguir la estructura y contenido que había fijado el comité. Todo ello teniendo en cuenta que debía ser una utilidad que facilitara el trabajo de los profesionales y que lograra mejorar la seguridad del paciente con respecto a no usar la aplicación.

Evaluación y resultados

Desde la puesta en marcha de la aplicación en 2010 se han generado un total de casi 113 mil consentimientos, por lo que el nivel de uso de la aplicación elevada, estando ampliamente implantada y con una buena acogida por parte de los profesionales.

La herramienta se ha ido expandiendo por otros centros, mejorándose para adaptarla a los nuevos avances tecnológicos facilitando siempre la labor de los profesionales afectados.

Se han recibido multitud de reconocimientos y agradecimientos por la labor que presta la herramienta.

Conclusiones

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental y engloba multitud de aspectos de la práctica sanitaria y de la gestión administrativa el documento de consentimiento informado puede convertirse en un punto de debilidad si no se gestiona correctamente.

Las tecnologías de la información y comunicación ayudan a mejorar la seguridad del paciente evitando posibles errores humanos y ofreciendo soluciones o herramientas para su gestión.

Hay iniciativas, como la del comité y su catálogo, que cuando se complementan con un soporte informático adecuado hace que se consigan mejores resultados.

PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UNA PLATAFORMA ONLINE DE NOTIFICACIÓN EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

Autores: ÁVILA GUTIÉRREZ R

Palabras clave: CENTRO SOCIO-SANITARIO, INCIDENTE, SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVENTO ADVERSO, PLAN DE SEGURIDAD, PLATAFORMA ONLINE.

Análisis de situación y contexto

La Dirección del Centro activa, en el año 2015, la Comisión Local de Seguridad Clínica siguiendo las recomendaciones del proyecto “Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros socio-sanitarios” de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (2012) y en línea con las acciones definidas en la Estrategia para la Seguridad del Paciente (2015-2020).

Descripción de la intervención de mejora

En el año 2018, el Centro se convierte en el primer centro socio-sanitario de la Organización en implantar una herramienta para la notificación de incidentes de seguridad relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos.

Esta comunicación pretende dar a conocer la iniciativa para la mejora de la seguridad del paciente mediante el proceso iniciado en el año 2017 en el Centro y que ha permitido la puesta en marcha de una herramienta para la notificación.

Las acciones llevadas a cabo para implantar la herramienta de notificación en el Centro han sido:

- Definición de los referentes de seguridad del usuario en las Áreas/Servicios.
- Formación de los profesionales mediante cursos online y presenciales sobre seguridad clínica.
- Implantación de la herramienta de notificación.

Evaluación y resultados

1. La formación ha extendido la cultura de la seguridad a los profesionales del Centro. Desde la puesta en marcha de la formación online han participado 201 profesionales en los cursos online.
2. Desde 2018 a 2021, se han notificado 2.300 incidentes relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos. Con el análisis de los datos se han realizado los mapas de riesgos y el Plan de Seguridad del Centro.
3. Para el año 2021 se define la realización de los siguientes procedimientos que formarán parte del Plan de Seguridad:
 - Prevención de caídas.
 - Prevención de atragantamientos.
 - Prevención de conductas violentas.
 - Prevención de venoclisis.

Conclusiones

La implantación de la herramienta de notificación ha permitido establecer en el Centro una dinámica de notificación, análisis y establecimiento de medidas ante los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, eventos adversos y eventos centinelas, definiendo los mapas de riesgo, el Plan de Seguridad del Centro, y potenciando la cultura de seguridad y la calidad en la atención a nuestros usuarios.

DESARROLLO DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA TELEFÓNICA DEBIDO A LA PANDEMIA. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: REPOLLÉS PRO M, MELÉNDEZ TEODORO AL, VALLEJO CANTARERO FJ, SEVILLA CAPILLA M, RODRÍGUEZ GUERRERO R

Palabras clave: CONSULTA TELEFÓNICA, PREANESTESIA, LISTA DE ESPERA, ATENCIÓN NO PRESENCIAL.

Análisis de situación y contexto

Cuando se decretó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 uno de los principales problemas fue la paralización de la atención presencial a los pacientes. Nuestro hospital es de referencia en su área quirúrgica y uno de los objetivos fue intentar recuperar esta actividad lo antes posible.

Este parón en la atención presencial supuso, sobre todo durante la primera ola, que pacientes que ya estaban en lista de espera vieran retrasada su cirugía. Muchos ya habían pasado por la consulta de preanestesia y debido a esta demora su informe ya no tenía validez.

Descripción de la intervención de mejora

Para evitar esta situación y poder dar acceso a estos pacientes al quirófano sin exponerlos a más demora ni tener que acudir al hospital se decidió que a los pacientes de bajo riesgo (ASA I y II) que iban a ser programados y cuyo informe caducaba antes de la fecha de la intervención, se les realizaría una actualización de dicho informe vía telefónica. Para ello se realizó una consulta a los servicios jurídicos de nuestro centro y dieron el visto bueno.

Cuando el servicio que programa la cirugía detecta que el informe está caducado se pone en contacto con el área de Preanestesia y, el FEA de Anestesiología responsable realiza una llamada telefónica al paciente informándole de la situación y pidiendo consentimiento verbal para actualizar el informe quedando reflejado en el mismo dicha actualización telefónica.

Durante la entrevista (con el informe delante), se pregunta si ha habido algún cambio en su estado de salud (ingresos, nuevos tratamientos o cirugías). En caso negativo o variaciones mínimas, se actualiza el informe y se le extiende la validez.

Evaluación y principales resultados

La experiencia comenzó el 28 de abril de 2020 y en 12 meses se ha atendido a 45 pacientes de 10 especialidades quirúrgicas diferentes. Sólo 1 paciente ha rechazado esta actualización telefónica. No ha habido ninguna suspensión de la cirugía en estos pacientes por problemas preanestésicos.

Conclusiones

Este método es seguro, bien aceptado por los pacientes y minimiza la demora quirúrgica. Además, ha reducido el contacto entre pacientes y personal sanitario durante la pandemia.

DESARROLLO TECNOLÓGICO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA POTENCIAR LA SEGURIDAD CLÍNICA

Autores: PARRA ORTEGA A, CALERO MUÑOZ V, TOLEDO GONZÁLEZ MB, CARVAJAL MURIEL AJ, GONZÁLEZ CABALLERO A

Palabras clave: TECNOLOGÍAS, TICS, SEGURIDAD PACIENTE, CALIDAD.

Análisis de situación y contexto

La evolución de los sistemas sanitarios se debe encaminar hacia proporcionar más cuidados de calidad y mejores servicios con nuevos recursos, como son las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs). El uso de las TICS en el sector sanitario ha conseguido mejorar principalmente la seguridad del paciente y el conocimiento en la profesión.

Descripción de la intervención de mejora

Se pone en marcha el proyecto Antares, el cual consiste en que los profesionales de enfermería utilizan un módulo de administración específico instalado en la Tablet con registros electrónicos, a pie de cama y en tiempo real de manera individualizada con los pacientes que tengan asignados. Utilizan el módulo antes de entrar en la habitación y administrar la medicación para “chequear” y “verificar” la tarea a realizar. De esta manera se evitan fallos y duplicidad de datos y se mejoran la seguridad y la calidad de los cuidados ofrecidos.

Los objetivos del proyecto fueron:

- Disminuir errores en la administración de medicamentos con registros electrónicos.
- Individualizar/ Personalizar los cuidados para disminuir iatrogenia.
- Eliminar el papel como herramienta tradicional en la gestión del trabajo.
- Obtener respaldo legal con los registros.

El programa informático se lleva pilotando 4 años, y su implantación es pionera en toda la comunidad.

Evaluación y resultados

El programa es intuitivo y de fácil manejo, eliminándose el papel como fuente de errores.

El nuevo módulo proporciona la información necesaria para una correcta preparación y administración de medicación a pie de cama y en tiempo real por el personal de enfermería, disminuyendo los errores de administración y aumentando la seguridad clínica.

Además, permite el registro de la administración facilitando un respaldo legal para los profesionales.

Otro punto de gran interés es que con un simple “CLIC” el equipo de enfermería puede obtener toda la información del tratamiento evitando desplazamientos innecesarios y permitiendo una comunicación directa con el servicio de Farmacia, los cuales tienen acceso a poder revisar digitalmente las incidencias reflejadas por el personal de enfermería.

Conclusiones

El momento de la preparación y administración de medicación es uno en los que más errores se cometen, por lo que este proyecto ayuda a mejorar dicho aspecto.

Los cuidados prestados han sido personalizados con respecto al método tradicional debido a la seguridad con la que se prepara la medicación, disminuyendo posibles errores.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL RECIÉN NACIDO EN EL ÁREA DE PARITORIO

Autores: ARIZA SALAMANCA MC, RUIZ DE LA CHICA C, MARTÍN PÉREZ M, LÓPEZ MORÓN MI

Palabras clave: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA, RECIÉN NACIDO, SEGURIDAD PARITORIO.

Análisis de situación y contexto

El Decreto 101/1995, de 18 de abril, determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario y durante el proceso de nacimiento. El artículo 3, derechos del recién nacido hospitalizado, recoge que tienen derecho a "que se establezcan las medidas necesarias para su inequívoca identificación".

En el Manual para la Acreditación de Competencias Profesionales Matrán/Matrona de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA), con el propósito de evitar situaciones indeseables o acontecimientos adversos en los pacientes y aumentar la seguridad, se recoge la evidencia identificación inequívoca de pacientes.

Por otro lado, el documento para la identificación inequívoca del RN de la Junta de Andalucía (JA) consta de tres elementos:

- TARJETA IDENTIFICATIVA.
- SOPORTE PARA LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS (ADN madre y RN).
- TIRA DE CÓDIGOS DE BARRAS (SEIS CÓDIGOS), que se dividen en dos partes (los tres primeros códigos corresponden a los contenidos de las pulseras que portarán madre (una) y RN (dos)). Se obtienen 3 etiquetas (pegatinas) con códigos de barras que irán al soporte de muestras sanguíneas, al partograma y a la tarjeta identificativa. Una pegatina con código para su colocación en la pinza umbilical.

Además, los datos definidos como inequívocos para las pulseras identificativas son: Nombre y Apellidos; Fecha de Nacimiento; y Número único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) que se crea al registrar los datos en la Hoja Obstétrica de Diraya Clínica.

Descripción de la intervención de mejora

Se desarrolló un procedimiento para optimizar los recursos y asegurar la identificación:

1. Se puso una impresora de pulseras identificativas y cartuchos de un material suave y seguro para su uso en RN.
2. En la pulsera de ingreso de la madre, con la que llega a nuestra unidad, le colocamos el primer código del documento identificativo.
3. Imprimimos una pulsera para el RN con los datos de la madre y le pondremos el segundo código, se la colocaremos al nacimiento en un pie.
4. Una vez generado el NUHSA del RN imprimimos una pulsera con sus datos, le colocamos el tercer código y se la ponemos en el pie contrario.

Evaluación resultados

No se han registrado eventos adversos.

Conclusiones

Es necesario ser escrupulosos con este procedimiento para asegurar la identificación y seguridad del RN.

La principal estrategia para evitar errores de identificación del RN es la no separación madre-RN, además este procedimiento.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEJORANDO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autores: PINTADO DELGADO MC, MACÍAS MAROTO M, BALDOMINOS UTRILLA G, ATIENZA RUIZ M, MUÑOZ LÓPEZ JA

Palabras clave: DIFUSIÓN, INFORMACIÓN, INTRANET.

Análisis de situación y contexto

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del hospital, se analizan los incidentes de seguridad y errores de medicación notificados, generando numerosos protocolos, procedimientos de trabajo, normativas y recomendaciones de seguridad, que se difundían en la intranet del hospital o a través del e-mail a los mandos intermedios, así como impartiendo formación al personal.

Tras varios años, detectamos que gran parte de la información no llegaba al personal, al analizar incidentes que se repetían una y otra vez. Así como la escasa asistencia a los cursos presenciales, teniendo en cuenta la limitación que ha supuesto para ello la pandemia actual.

Descripción de la intervención de mejora

Se propuso mejorar la difusión de todo el trabajo realizado, mediante diferentes actuaciones:

- Mejora de la intranet, poniendo a disposición de los profesionales toda la información en un mismo canal.
- Banner al acceder a la intranet.
- Coordinación con Formación Continuada tras la puesta en marcha de la app de formación ("formación sanidad madrid") del hospital para la relación de cursos on-line acreditados y difusión de "píldoras informativas" (presentaciones de power-point o videos cortos con información, consejos, normativa, etc.), así como la difusión de los nuevos protocolos, procedimientos de trabajo, normativas y recomendaciones de seguridad.
- Coordinación con los responsables de seguridad para la creación y mantenimiento de "tableros de seguridad" en los servicios, para dar difusión a todos los documentos o cursos creados.
- Envío masivo de dicha información por mail al correo institucional.

Evaluación y resultados

La experiencia ha sido acogida de forma favorable, habiéndose mejorado el acceso a la información, facilitando la puesta en marcha de las acciones de mejora propuestas, disminución de los incidentes recurrentes y aumento de la asistencia a cursos de formación (ej. "Curso online de Medicamentos de Alto Riesgo" con 179 personas inscritas en la primera edición).

Así mismo se puede actuar de forma más rápida y amplia, sobre todo a la hora de dar formación al personal.

Conclusiones

Para mejorar la seguridad del paciente debemos no solo crear documentación o normativa al respecto, sino hacer que la información llegue al personal; así como mejorar el acceso a la formación del personal.

TRATAMIENTO MULTIMODAL PARA PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LA APP “NO+DOLOR”

Autores: MORCILLO MUÑOZ Y, JIMÉNEZ CASTELLANOS MH, CORPAS MOYANO D, DÍAZ EXPÓSITO F

Palabras clave: DOLOR, TERAPIA MULTIMODAL, PSICOSOCIAL, TECNOLOGÍA, COMUNITARIO, SEGURIDAD PACIENTE.

Análisis de situación y contexto

La aplicación móvil o APP “No +Dolor” surge como una herramienta de apoyo al diseño de un programa de intervención orientado a mejorar la seguridad y la calidad de vida de personas que sufren dolor crónico no oncológico.

La finalidad es crear una aplicación de dispositivo móvil para el estudio de una intervención que consiste en la implementación de un protocolo de actividades estándar de tipo terapia psicosocial interactiva, para personas con dolor crónico no oncológico.

Descripción de la intervención de mejora

- 1ª Fase. Generación de recomendaciones del DCNO resultado de una búsqueda exhaustiva de la literatura, priorizando y validando las recomendaciones con la participación de pacientes y personas que cuidan, en calidad de expertos.
- 2ª Fase. Para el diseño del protocolo de intervención se realizó un diagrama de flujo de las 4 dimensiones y las diferentes actividades, audios y videos que se iban a visualizar en la aplicación, así como las funciones que iban a cumplir. La “APP+Dolor” incluye monitoreo automático, capacitación de habilidades, apoyo social, educación, fijación de metas y logros de 4 componentes: ejercicios, bienestar psicológico, farmacológico y activos en salud.
- 3ª Fase. Se trasladaron los contenidos al entorno visual de la interfaz, se conformo el diseño de estructura de la aplicación y la forma de como la persona va a interactuar con la misma y la medición de usabilidad de la APP.
- 4ª Fase. Se evaluó la efectividad del programa de intervención personalizada a través del dispositivo móvil, para mejorar el autocontrol y autocuidado del dolor crónico, con el apoyo de una consulta interactiva entre paciente y profesional.

Evaluación y resultados

La APP se ha desarrollado para apple: <https://apps.apple.com/es/app/no-más-dolor-edcno/id1458096026>.

Los 96 sujetos asignados al grupo de intervención mostraron menos nivel de catastrofización y distrés emocional, más aceptación del dolor y éxito en vivir conforme a valores propios de autocuidado, así como una mejora de la funcionalidad y el nivel de síntomas tras completar el período de intervención y a los 4 meses de seguimiento, todo ello comparado con un grupo control.

Conclusiones

El uso de las nuevas tecnologías en el campo de la salud puede tener efectos beneficiosos en la asistencia sanitaria, permitiendo mejorar la accesibilidad a los servicios, así como la respuesta de los mismos, que puede ser instantánea y a tiempo real. De esta forma se evitan desplazamientos innecesarios y se pueden ofrecer alternativas de tratamiento que requieren la interacción profesional-ciudadanía.

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES

Autores: JIMÉNEZ-HOYUELA GARCÍA JM, GÓMEZ RODRÍGUEZ A, CUENCA CUENCA JI, GARCÍA MARTÍN L, BLANCO ROMÁN N

Palabras clave: SEGURIDAD, PET, RADIACIÓN.

Análisis de la situación y contexto

La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es una técnica diagnóstica no invasiva que consiste en la inyección de un radiofármaco (sustancia unida a un átomo radiactivo) que, al ser detectada en un tomógrafo, aporta una información muy valiosa sobre determinadas rutas metabólicas, siendo su uso más habitual el estudio de pacientes oncológicos. Se realizó un estudio de errores en las salas de PET durante el proceso de realización de estas exploraciones a pacientes remitidos a nuestra unidad. Para ello se identificaron los riesgos, se evaluaron posibles soluciones y se planificó una estrategia de actuación. Por último, se ha implementado esta estrategia.

Descripción de la intervención de la mejora

El área de mejora crítica detectada fue la correcta identificación de los pacientes. Para ello, se ha introducido una herramienta de llamada del paciente citada en la unidad, a través del turnómetro, donde el paciente se identifica por código QR, DNI o NUHSA o NIE.

Una vez en paciente en la unidad, se identifica mediante la comprobación de la tarjeta sanitaria o del DNI. Además, se deben comprobar los datos de la dosis a inyectar con los datos del paciente.

Una vez inyectado el paciente, se asigna a cada paciente el número de la sala de inyección donde realiza el periodo de reposo previo a la adquisición de las imágenes. En cada sala de inyección se colocó un timbre que conecta con un panel de control. En este panel está identificada cada sala, lo que permite saber qué paciente ha solicitado atención.

Otra mejora realizada en nuestra unidad ha sido la incorporación de un PET digital, el cual nos permite realizar estudios disminuyendo el tiempo de exploración, dosis y dosimetría a paciente y profesionales.

Evaluación y resultados

Tras la puesta en marcha de las medidas implementadas, han disminuido los errores de identificación de los pacientes. Además, ha aumentado el grado de confianza de los pacientes durante el proceso.

Por otro lado, se ha conseguido que la atención a los pacientes sea rápida y eficiente, disminuyendo así la exposición a radiaciones ionizantes de los profesionales de la unidad PET.

Conclusiones

Las actuaciones llevadas a cabo en nuestra unidad han disminuido la probabilidad de errores de identificación de los pacientes, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo la irradiación innecesaria de los profesionales que los atienden.

FARMACIA SEGURA, PACIENTE SEGURO: PROGRAMA DE SESIONES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Autores: CANTO MANGANA J, HIERRO PEDROSA C, CASTRO VIDA MA, MARTÍNEZ DE LA PLATA JE, TORRES RODRÍGUEZ MC

Palabras clave: MEDICAMENTOS, FORMACIÓN, SEGURIDAD, FARMACIA.

Análisis de la situación y contexto

La unidad de Farmacia Hospitalaria (FH) tradicionalmente ha impulsado el uso seguro de los medicamentos (USM) en el Hospital, así como la cultura de seguridad del paciente (SP) con numerosos proyectos y líneas de trabajo. Todos los profesionales, independientemente de su categoría, participan en líneas de trabajo, grupos y comités de seguridad dentro de la unidad. En caso de notificación de incidentes relacionados con nuestra unidad, se analizan, se instauran mejoras y se realiza seguimiento.

Descripción de la intervención de mejora

En febrero de 2021 recibimos notificación en observatorio de SP por error de dispensación en presentación farmacéutica del medicamento. Se analizó el incidente y los posibles motivos que provocaron el error, concluyendo que se debió a error de lectura del profesional/confusión en la dispensación del medicamento. Se detectó que la plantilla de Técnicos de Farmacia (TF) era estable, pero no con suficiente experiencia ni conocimiento de todas las líneas de seguridad del medicamento que se trabajan en la unidad, aspecto fundamental para la actividad diaria.

Una de las acciones de mejora propuesta tras el análisis fue realizar una sesión sobre USM titulada: "SP, uso seguro de las diferentes formas farmacéuticas (FF)", *para dar a conocer la implicación en eficiencia y seguridad del medicamento en las distintas FF*. La asistencia fue de la plantilla de TF completa. Puntos clave de la sesión: *Conceptos generales de las FF, características de las FF, Farmacocinética, implicaciones clínicas de distintas FF y presentaciones incluidas en el Hospital*.

Evaluación y resultados

La Sesión resultó provechosa para los profesionales, generándose debate constructivo, surgiendo dudas referentes a otras líneas de trabajo que se realizan en la unidad. Se valoró y decidió implantar un programa con cada una de las diferentes líneas de trabajo e implicar como docentes a los referentes de las mismas, incluyendo tanto a TF como a Farmacéuticos Especialista de FH y Farmacéuticos Internos Residentes de FH.

Conclusiones

Consecuencia de esta intervención se ha puesto en marcha un proyecto formativo acreditado de 6 sesiones: "Farmacia Segura Paciente seguro", con temas demandados por profesionales: *Uso Seguro de Medicamentos en UCI y Medicamentos de Alto Riesgo; Errores de Medicación, desde la recepción a la administración y seguimiento; Notificaciones y gestión de incidentes; Paciente Informado, paciente seguro; Uso seguro del Medicamento: Proyecto letras mayúsculas, Isoapariciencias y Fotosensibles; Uso Seguro de Citostáticos*. Con estas sesiones se fomenta una formación activa involucrando a los profesionales de todas las categorías de la unidad de FH, generando mayor cultura de SP, especialmente en el USM.

IMPLANTACIÓN INTEGRAL DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: MARTÍNEZ GARCÍA I, BRANDARIZ NUÑEZ D, GARCÍA TRIGO B, MATO RIVERA A, MAURIZ MONTERO MJ

Palabras clave: SEGURIDAD, URGENCIAS, FARMACIA.

Análisis de la situación y contexto

Uno de los pilares fundamentales que sustentan las prácticas seguras relacionadas con los medicamentos es la utilización de la prescripción electrónica asistida (PEA) en las unidades asistenciales. Es una herramienta que permite optimizar la trazabilidad, el registro y la visibilidad de toda la información relacionada con la prescripción, validación y administración de los medicamentos.

El objetivo que nos planteamos fue implantar la PEA en el servicio de urgencias hospitalario (SUH). Las mejoras esperadas son la reducción de errores relacionados con la medicación, tanto en la prescripción como en la administración.

Descripción de la intervención de mejora

Integración informática del aplicativo de PEA en el aplicativo propio del SUH. Adaptación del aplicativo PEA a las necesidades del SUH: inclusión de nuevos medicamentos y frecuencias específicas de SUH, creación de un sistema periódico y áreas estratégicas de dispensación y definición los diferentes puestos de atención al paciente en SUH en el aplicativo PEA. Formación del personal médico y enfermería del SUH en el manejo del aplicativo PEA. Implantación gradual de la PEA por etapas.

Evaluación y resultados

La Implantación de la PEA se ha realizado el 18 de mayo del 2020 con un 99,9% de implantación integral a los 6 meses. Se ha realizado un total de 171.413 modificaciones en la prescripción, en un total de 69.417 pacientes atendidos en el SUH durante el primer semestre. Se ha realizado un total de 834 intervenciones farmacéuticas. Se definieron un total de 174 puestos de atención al paciente. Se ha integrado la presencia física de un farmacéutico en el equipo multidisciplinario del SUH como apoyo logístico del aplicativo PEA además de participar en el proceso farmacoterapéutico del paciente.

Conclusiones

La implantación del aplicativo PEA es una herramienta que mejora la calidad asistencial y la seguridad del paciente, facilitando el trabajo de prescripción, validación y administración de la medicación.

CONSULTA TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES

Autores: SANTANA BRAVO AM, SANTANA BRAVO F, BARCELÓ GARACH E, MARTÍN SÁNCHEZ L

Palabras clave: CONSULTA, TELEFÓNICA, IDENTIFICACIÓN

Análisis de la situación y contexto

En marzo del 2020 cuando se implantaron las consultas telefónicas en Atención Primaria, se efectuó apertura de historia errónea al no realizarse una identificación completa y correcta del paciente. Al identificar el problema se procedió a rectificar las anotaciones y pruebas pedidas en la historia errónea. Siendo un modelo nuevo de organización al que no estábamos habituados, por lo que no seguíamos una sistemática en la identificación del paciente, a veces no cogen el teléfono por lo que pasas al siguiente de la lista eso provocó que aun teniendo la historia abierta de la anterior llamada se registraran consultas erróneamente.

Descripción de la intervención de mejora

Decidimos crear un grupo de trabajo para realizar un Análisis causa-raíz del incidente ; compuesto por el director del centro, un médico de familia, tres enfermeras de familia y dos residentes de medicina , nos formamos en los requisitos indispensables para la identificación verbal inequívoca del paciente, instauramos un chequeo, lo trasladamos al resto del equipo y se puso en funcionamiento en julio 2020, acordamos realizar notificación e informar al director si se producía alguna incidencia relacionada con este evento “ registros erróneos” y revisarlo en octubre 2020.

La identificación verbal telefónica se hizo siguiendo una sistemática a través de un chequeo: Se inicia con la llamada a través del teléfono de contacto, se accede a la historia, se realizan al menos tres preguntas identificadoras: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número del documento nacional de identidad, se registra la consulta en la historia y se procede al cierre de la misma; siempre usando un lenguaje entendible y sin prisas.

Evaluación y resultados

Siempre que se realiza una consulta telefónica con un paciente realizamos la identificación verbal del usuario. En el periodo evaluado de julio a octubre de 2020 no se informó a la dirección ni se notificaron incidentes relacionados con la identificación del paciente.

Conclusiones

Valoramos aprender y compartir lecciones de seguridad. Informar cuando las cosas van mal es esencial en la asistencia sanitaria por lo que es necesario promover la notificación de eventos adversos.

IMPACTO DE LA RENOVACIÓN DEL EQUIPAMIENTO RADIOLÓGICO PORTÁTIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: GRANADO OLMEDO JM, ANGULO PAIN E, SÁNCHEZ RAMOS A, IBORRA OQUENDO MA

Palabras clave: DIGITAL, RADIACIONES, RADIOLOGÍA, PORTÁTIL.

Análisis de la situación y contexto

En 2020, el parque de equipos portátiles de nuestro centro estaba prácticamente obsoleto.

Durante la pandemia por COVID, debido a la necesidad de realizar un mayor número de estudios y dar soporte al circuito y aislamiento requerido por la situación, se adquirieron nuevos equipos portátiles con tecnología actualizada. Con ello, se buscaba optimizar el procedimiento de adquisición de imágenes radiológicas.

En la Estrategia de Seguridad del paciente, una de las orientaciones respecto al uso seguro de radiaciones ionizantes está dirigida a la optimización de los procedimientos y calidad de la imagen.

Descripción de la intervención de mejora

La actualización en la tecnología, supone pasar del uso de equipos analógicos y detectores de tipo digital indirecto (CR) a equipos digitales con detectores digitales directos (DR).

En los primeros, se adquiere la imagen, sin identificar al paciente y sin registrar ninguna información de parámetros técnicos utilizados. Dicha imagen se lee en un equipo externo al portátil que puede estar situado físicamente en un lugar alejado del mismo y entonces se asocia a la petición y al paciente.

Los nuevos equipos incorporan las listas de trabajo y pruebas solicitadas asignándose automáticamente la imagen tras la irradiación, enviada de manera inalámbrica al equipo y quedando almacenada para su posterior envío al PACS. Así mismo, se registran automáticamente los indicadores dosimétricos asociados a la imagen dicom que permiten un posterior análisis y optimización de la dosis.

Evaluación y resultados

Como consecuencia del cambio, se reducen los tiempos de realización de las pruebas diagnósticas y se evitan errores en la asignación de imágenes a los pacientes correspondientes.

En cuanto a la calidad de imagen, pasamos de un tamaño de píxel de 175 μm y una resolución espacial de 2.5 pares de línea por milímetro en los antiguos detectores, a un tamaño de píxel entre 100 y 125 μm consiguiendo duplicar la resolución espacial.

Se han evaluado los niveles de dosis para un estudio típico de tórax en ambos equipamientos, observándose una disminución entre el 50% y 60% de la dosis que recibe el paciente con el equipo digital respecto al analógico.

Conclusiones

La renovación tecnológica mejora la seguridad del paciente, consiguiendo una optimización del procedimiento diagnóstico, evitando posibles errores de identificación, mejorando el tiempo de realización de las pruebas, mejorando la calidad de imagen y consiguiendo una reducción de dosis de radiación al paciente.

APRENDIENDO DE LOS ERRORES: INICIATIVAS DE MEJORA EN LA SEGURIDAD AL PACIENTE Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Autores: BRETONES PEDRINACI JI, CANTO MANGANA J, MARTOS ROSA A, CASTRO VIDA MA

Palabras clave: NUTRICIÓN, CLINUS, FARMACIA.

Análisis de la situación y contexto

Desde el Área de preparados estériles en la unidad de Farmacia, se elaboran diariamente las bolsas de nutrición parenteral prescritas en el hospital. El farmacéutico valida, valora y verifica los requerimientos nutricionales del paciente y además elabora bajo condiciones asépticas. Como medicamento de alto riesgo, cada bolsa de nutrición se identifica con pegatinas prediseñadas tanto en la propia bolsa como en el embalaje exterior de manera inequívoca, incluyendo al menos dos identificadores característicos del paciente como: número de cama, y número de historia clínica.

Los últimos 2 años se notificaron al sistema de incidentes del Observatorio para la Seguridad del Paciente, 3 incidentes relacionados con errores relativos al etiquetado de nutriciones parenterales. En dos de ellos se trataba de falta de coherencia entre los datos identificativos del envoltorio exterior y la propia bolsa de nutrición. El otro fue producto del cambio de localización del paciente y la no actualización del número de cama en la etiqueta. Los errores se detectaron por el personal sanitario en planta sin llegar a producir ningún daño, sin embargo, al estar implicado un medicamento de alto riesgo se procedió al análisis de riesgos del proceso y acciones de mejora.

Descripción de la intervención de mejora

En el análisis de riesgo se detectó una alta posibilidad de error en la creación de etiquetas debido a que el método empleado era manual, sin aplicación de sistemas informáticos de asistencia y alarma. Por tanto, se instauró el sistema informático CLINUS® de gestión, prescripción y programación de nutrición parenteral. El programa permite la gestión nutricional y la impresión de etiquetas en el mismo acto, reduciendo enormemente la probabilidad de error en cuanto al etiquetado. También se protocolizó el acto de embalaje y adecuación exterior de las bolsas parenterales, reforzando así aún más el circuito de elaboración y dispensación.

Evaluación y resultados

Desde que se estableció el programa informático y se mejoró el circuito de elaboración, no se ha vuelto a notificar ninguna incidencia relacionada con el etiquetado. Se prevé que de forma paralela se eviten también errores clínicos relacionados con el ajuste nutricional, además de las mejoras sustanciales de trazabilidad y gestión de consumo.

Conclusiones

El uso de nuevas tecnologías informáticas ha permitido facilitar la gestión de nutriciones parenterales haciéndola más práctica, eficiente y segura. Aportando mejoras en la trazabilidad, evitando errores y en última instancia mejorando la calidad y atención al paciente.

HOMOGENEIZACIÓN DE PRÁCTICAS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO MEJORA EN SEGURIDAD AL PACIENTE EN RADIODIAGNÓSTICO

Autores: MOISE COSANO P, ANGULO PAIN E, AZNAR MÉNDEZ R, BERNAD RODRIGO B

Palabras clave: RADIOLOGÍA, RADIACIONES IONIZANTES, TC, PROTOCOLOS.

Análisis de la situación y contexto

Actualmente está en desarrollo el Proyecto Huella de Energía que supone la instalación de 68 (57 sustitución y 11 ampliación) equipos TC con el fin de homogeneizar prestaciones, protocolos técnicos, calidad de imagen y dosis impartida al paciente.

Descripción de la intervención de mejora

En el proyecto se incorpora una instalación singular llamada Centro Avanzado de Diagnóstico por Imagen (CADI) que centralizará la explotación de los datos, formación, disponibilidad y productividad, y coordinará los esfuerzos de homogeneización y reducción de dosis. La puesta en marcha y diseño del CADI se realiza desde un comité específico (Comité del CADI). Dependientes del Comité del CADI se constituyen grupos de trabajo enfocados a la homogeneización de protocolos y gestión de dosis formados por radiólogos y radiofísicos con representación de los 24 centros implicados de las 8 provincias de Andalucía.

Los objetivos de la intervención son disminuir la variabilidad de la práctica clínica armonizando los protocolos de exploración en los distintos equipos creando una librería de protocolos corporativos basada en la evidencia e indicaciones clínicas con una adecuada optimización de dosis y calidad de imagen.

Evaluación y resultados

Se han instalado 55 de los 68 TC del proyecto, conectados al centro CADI permitiendo la gestión de los protocolos de manera centralizada y remota.

Se han creado los subgrupos de trabajos enfocados a las distintas áreas en Radiodiagnóstico por órganos y sistemas, y se ha normalizado la dinámica de trabajo.

Se han establecido las diferentes fases de gestión de los protocolos: diseño, validación, implantación y seguimiento.

Junto a los primeros resultados se ha detectado:

- Una gran variabilidad de nomenclatura de los mismos protocolos entre los distintos centros sin apreciarse diferencias técnicas apreciables. Por lo que ya se ha definido una nomenclatura común creando un primer listado de protocolos (comenzando por Neuroimagen).
- La necesidad de incluir nuevos protocolos adecuados a la evidencia e indicaciones clínicas.
- La importancia de establecer un sistema de identificación de necesidades de protocolos, valoración, diseño e implantación.

Conclusiones

El trabajo colaborativo para el tratamiento global de una problemática común permite unificar procedimientos y homogeneizar la asistencia que reciben nuestros pacientes, evitando variabilidades que afectan a la seguridad de los mismos, por el uso de dosis de radiación o calidades de imagen no optimizadas.

MEJORA EN EL EQUIPAMIENTO Y PRÁCTICAS SEGURAS EN RADIODIAGNÓSTICO

Autores: ALMANSA LÓPEZ JF, SORIANO REDONDO E, RODRÍGUEZ CASTILLO MF, PÉREZ ROZOS A

Palabras clave: RADIOLOGÍA, DOSIS, RADIACIONES IONIZANTES, TC.

Análisis de la situación y contexto

El análisis del equipamiento de TC instalado en el Servicio Andaluz de Salud en el año 2016 denotaba un marcado envejecimiento superando las recomendaciones al respecto (vida media 10 años). Carecían de sistemas de reducción de dosis (reconstrucción iterativa, modulación de dosis en órganos, ...) y de la capacidad de registro de dosis en un sistema centralizado. Por tanto, se estaba usando una mayor cantidad de dosis de radiación para la realización de los estudios de la que se necesitaría con equipos más modernos y siendo, además, muy costoso el análisis de las dosis impartidas.

Descripción de la intervención de mejora

Dentro del Proyecto Huella de Energía, se establece una línea de renovación tecnológica que permitirá la incorporación de 68 TC (57 renovación y 11 ampliación) con el propósito de reducir la huella radiológica (dosis impartidas a los pacientes) y disponer de herramientas para trabajar en la optimización de los procedimientos.

El proyecto incluye:

- La instalación de una instalación singular Centro Avanzado de Diagnóstico por Imagen (CADI), que integrará un sistema de gestión de dosis radiológica.
- La constitución de un comité coordinador del CADI y de grupos de trabajo regionales, incluyendo uno específico en dosis de radiación.
- La constitución de "comités locales de dosis y protocolos" a nivel de Hospital o Área de Protección Radiológica.

Los objetivos fundamentales son:

- Realizar un análisis de la reducción de dosis derivada de la mejora tecnológica.
- Establecer niveles de referencia de dosis (Dose reference levels, DRLs) a nivel regional como uno de los pilares del proceso de optimización de las exploraciones radiológicas.
- Poder realizar la detección de procedimientos con valores de dosis anómalos, su análisis y mejora.
- Trabajar en la optimización del balance dosis-calidad de imagen de los procedimientos radiológicos TC.

Evaluación y resultados

En el momento actual tenemos:

> 80 % equipos instalados y conectados con el sistema de registro de dosis.

Se ha validado el registro de los indicadores dosimétricos.

Se ha establecido un sistema de alertas de dosis anormalmente altas y de justificación de las mismas.

Se ha comenzado el análisis de los indicadores registrados (aproximadamente 136.000 estudios con un incremento de 30.000 estudios/mes).

Conclusiones

De manera continuada se dispondrá de la evaluación de la reducción de dosis obtenida por la renovación tecnológica y nos permitirá establecer valores de DRLs regionales actualizables de forma periódica.

Supone la puesta en marcha de un ambicioso proyecto de mejora continuada en la práctica de Radiodiagnóstico optimizado.

PUESTA EN MARCHA DE UNA PLATAFORMA DE VERIFICACIÓN INDEPENDIENTE DEL CÁLCULO DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA

Autores: PEREZ ROZOS A, LUIS SIMÓN J, ARRÁNS R, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ LS, LEDESMA AGUILAR JR

Palabras clave: RADIOTERAPIA, RADIOFÍSICA, STIC, DISTRIBUCIÓN DE DOSIS

Análisis de la situación y contexto

El Servicio Andaluz de Salud tiene 13 servicios de Oncología Radioterápica y 38 aceleradores lineales que cada día administran más de 800 sesiones de tratamiento a más de 13.500 pacientes/año. La evolución de la tecnología ha supuesto que la complejidad de los tratamientos sea creciente, siendo habitual que los tratamientos llamados de modulación de intensidad en todas sus variedades alcancen a más del 40% de pacientes (20%-95% según unidades de tratamiento), en un entorno multimarca tanto en aceleradores, como redes y sistemas de planificación. Como elemento de gestión y afianzamiento de seguridad del paciente se ha puesto en marcha una plataforma de verificación independiente de los tratamientos de radioterapia, siguiendo las recomendaciones internacionales.

Descripción de la intervención de mejora

Se incorpora una plataforma de verificación independiente y monitorización de los tratamientos de radioterapia con carácter regional, que proporciona los servicios de verificación de los parámetros de tratamiento, cálculo independiente de la distribución de dosis administrada, una evaluación del impacto en los histogramas dosis volumen, y permite la monitorización del tratamiento en cada sesión. Está diseñada mediante un sistema redundante de servidores para garantizar la máxima disponibilidad del servicio.

Esta plataforma da servicio a las distintas combinaciones de acelerador/red/planificador y es accesible desde cualquier navegador web, incluyendo dispositivos portátiles.

Evaluación y resultados

La plataforma se encuentra en periodo de configuración de los algoritmos de cálculo para 31 unidades de tratamiento en 12 centros, se ha comprobado que trabaja con los aceleradores lineales de las principales marcas, incluyendo tomoterapia, y con los distintos sistemas de planificación disponibles en el SAS, con la exactitud de cálculo requerida (mejor de un 3%), mostrando distribuciones 2D comparadas, cálculo puntual, cálculo de histogramas dosis-volumen, dosimetría portal y monitorización de sesiones de tratamiento.

Reduce el tiempo necesario de verificación desde los 30 min de la verificación física manual a inferior a 5 min por el modo de funcionamiento altamente automatizado. Los usuarios acceden a los resultados según un sistema de privilegios.

Conclusiones

El cálculo independiente de la distribución de dosis es una barrera de seguridad efectiva en la prevención de accidentes y además permite reducir los tiempos necesarios de control de calidad específico del tratamiento y homogeneizar la calidad del tratamiento entre centros, mostrándose como una herramienta de seguridad del paciente imprescindible en radioterapia.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

Autores: MUÑOZ SÁNCHEZ C, MORENO AGUILAR R, GARCÍA RUIZ A, PÉREZ ZENNY FJ, JIMÉNEZ ÁLVAREZ T

Palabras clave: TIC, SEGURIDAD, TRANSFUSIONAL, PACIENTES, PDAS, WIFI.

Análisis de la situación y contexto

Al hablar de seguridad transfusional debe distinguirse entre la seguridad del producto sanguíneo (calidad y esterilidad) y la seguridad del proceso de la transfusión, tal como se lleva a cabo en los hospitales.

La inmensa mayoría de los errores durante las transfusiones se deben a fallos en aspectos básicos del proceso: Decisiones en una transfusión: errores de solicitud y de prescripción. Errores en la toma de muestras. Errores de laboratorio. Errores en la recogida y la administración de sangre.

Descripción de la intervención de mejora

1. Implantación de una aplicación para la gestión de la trazabilidad de la transfusión sanguínea.
2. Integración con aplicación corporativa DIRAYA (demográficos, censo de hospitalización y urgencias) mediante mensajería estándar HL7.
3. Utilización de dispositivos móviles (teléfonos y PDAs) y pistolas inalámbricas mediante red wifi del hospital para llevar a cabo la extracción de muestra, el inicio de transfusión y final de transfusión.
4. Se ha utilizado para la identificación de pacientes la pulsera del código de barras.
5. La identificación del profesional que realiza la transfusión mediante la lectura del código de barras de su tarjeta profesional.
6. El sistema se integra con la historia del paciente con el acceso al botón rojo de Diraya quedando registrados sus informes para control de futuras transfusiones.
7. Se han definido guías de actuación.
8. Formación tanto al médico peticionario.
9. Formación al personal de enfermería, encargado extracción sanguínea y, una vez recibido el componente sanguíneo, administrarlo al paciente.

Evaluación y resultados

El proceso se ha implantado en áreas Hospitalización, Urgencias, Hospital de día, Consultas y Domicilio del paciente.

Mediante la aplicación implantada se puede obtener un cuaderno de mando con los datos estadísticos acerca del seguimiento detallado del uso de la seguridad transfusional recogiendo la información de la actividad de cada dispositivos móviles, lugares de transfusión, servicios.

Conclusiones

La incorporación de la tecnología potencia la seguridad del proceso transfusional. Además del conocimiento en cada momento de las transfusiones que se realizan en el centro, incorpora un mecanismo de seguridad a la cabecera del paciente, verificando de forma inequívoca el envío de la muestra al laboratorio, la recepción de las unidades de hemoderivados así como la confirmación del paciente a transfundir.

QUIRAXIS, UTILIDAD DE LA TELEMEDICINA PREOPERATORIA

Autores: FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E, LLÁCER PÉREZ M, GONZÁLEZ LÓPEZ R

Palabras clave: TELEMEDICINA, ANESTESIOLOGÍA, EVENTO ADVERSO, SEGURIDAD, VIDEOCONFERENCIA.

Análisis de la situación y contexto

La evaluación anestésica es fundamental para evitar eventos adversos durante procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos bajo sedación y/o anestesia. El objetivo es planificar y explicar una adecuada estrategia anestésica, valorar la idoneidad del procedimiento y los medios disponibles para realizarlo, aliviar la ansiedad del paciente y atender y solventar sus dudas para recabar su consentimiento informado con antelación suficiente.

Descripción de la intervención de mejora

Con el fin de realizar dicha valoración a distancia se crea (2018), implementa y analiza la implementación de la aplicación web Quiraxis; para realizar valoraciones preoperatorias a través de internet, utilizando la cámara de los dispositivos informáticos para valorar la vía aérea, aprovechando así el desarrollo tecnológico para facilitar la relación paciente anestesiólogo mediante video consulta de forma segura. Se realizó un estudio descriptivo de valoraciones realizadas en 2019.

Evaluación y resultados

A través de app.quiraxis.com se atendieron a 109 de pacientes, que tenían una edad media de 52,31 años, el 67% de ellos eran mujeres. Del total de pacientes el 88,2% fueron españoles.

El 63% de nuestra muestra no fumaba y un 5,5% refirieron consumir alcohol con frecuencia. Un 21,1% indicó algún tipo de alergia.

La patología más frecuentes fue la HTA, presente en el 22% de los entrevistados. Al finalizar la valoración dos pacientes fueron clasificados como ASA III, 70 ASA II y el resto ASA I. EN 102 ocasiones se pudo recabar el IMC, obteniendo un valor medio de 25,61.

El uso de un sistema de videollamada permitió valorar la vía aérea a distancia, recomendándose tomar precauciones en el 3,7% de los casos por una vía aérea presumiblemente difícil. En un paciente se recomendó realizar el procedimiento de intubación despierto.

El 30,3% de los entrevistas fueron para realizar intervenciones bajo anestesia general.

Se obtuvo el consentimiento del 100% de los pacientes tras informar del procedimiento.

Se finalizó la entrevista de forma satisfactoria en todos los pacientes.

Conclusiones

Quiraxis posibilitó la interacción médico-paciente con anterioridad al procedimiento, valorar la situación clínica de los individuos y la idoneidad de la intervención, posibilitando la transmisión de las instrucciones y recomendaciones anestésicas para afrontar la cirugía y obteniendo su consentimiento con la antelación suficiente.

El desarrollo de herramientas de telemedicina que facilitan el acceso de los individuos a una evaluación anestésica previa a la fecha de la cirugía es posible, mejora la seguridad, reduce la ansiedad de los pacientes y permite obtener su consentimiento informado con antelación razonable.

PLAN DE MEJORA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO: APLICACIÓN MÓVIL PARA LA PLANIFICACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS

Autores: NÚÑEZ PÉREZ J, ZAFRA JIMÉNEZ JA, DURÁN CARRANZA E, MARTÍNEZ GÁMEZ MM, MARTÍNEZ CONTRERAS MD

Palabras clave: TICS, APLICACIÓN, MÓVIL, ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN

Análisis de la situación y contexto

Partimos de la base de que nuestro quirófano es complejo (11 especialidades entre pediatría y ginecología). Operan cirujanos de otras especialidades del Hospital General y Traumatológico con la complejidad de preparación que conlleva. Incluso es necesario traer material de dichos hospitales, requiriendo una gestión previa. El servicio, debido a estas particularidades, debe facilitar todos los recursos disponibles para cumplir los objetivos marcados.

Lo habitual es que en los hospitales existan herramientas informáticas que facilitan la programación quirúrgica distribuyendo espacios y tiempos. Sin embargo, no existe una herramienta digital que conjugue esto con la distribución del personal de Enfermería y Anestesia, las intervenciones, los protocolos e incluso los recursos materiales y farmacológicos que se van a utilizar.

Descripción de la intervención de mejora

Se propone la creación de un sistema de gestión de intervenciones quirúrgicas (APP/WEB) que permite controlar la ocupación de los quirófanos y sus requerimientos. Debe ser sostenible en el tiempo y permitir un acceso desde cualquier ubicación (tipo Cloud). Se trata de un calendario de gestión compartido en el que se hace una distribución semanal de quirófanos. Al acceder a una de las casillas (quirófanos diarios), puedes ver el tipo de cirugía, los protocolos, los recursos materiales y farmacológicos que se necesitan y el equipo de enfermería y anestesia. Todo queda integrado en una misma plataforma que gestiona los datos necesarios para una intervención concreta, estableciendo una comunicación fluida y eficaz.

Además podemos añadir notificaciones con avisos al móvil cuando estemos en una intervención concreta o se realice cualquier cambio.

Evaluación y resultados

Seguridad del paciente:

- Planificar la MEDICACIÓN con anterioridad reduce el riesgo de error en la administración.
- Filtro en cirugías con LATERALIDAD, derecho o izquierdo. Se suma al listado de verificación quirúrgica.
- La PREPARACIÓN PREVIA nos asegura tener todo lo necesario reduciendo riesgos.
- Incluye TELÉFONOS DE EMERGENCIA (anestesia de guardia y RCP).
- Filtro en ALERGIAS como el látex. Recibiremos una notificación cuando aparezcan.

Preparación de enfermería para las intervenciones.

Disminuye el estrés del profesional

Planificación del material y del instrumental por la supervisión.

Disminución del tiempo quirúrgico.

Conclusiones

Desde que se implantó los profesionales refieren haber ganado confianza y seguridad en su práctica asistencial diaria. El hecho de tener un acceso rápido y sencillo a la información completa de la intervención aumenta la seguridad del paciente y disminuye la variabilidad clínica.

Actualmente estudio investigación cualitativa que podemos presentar a Congreso.

REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

Autores: RECIO SÁNCHEZ E, GONZÁLEZ ROSA V, MORILLO MORA AB

Palabras clave: POLIMEDICADOS, REVISIÓN.

Objetivos

Analizar las intervenciones realizadas por los profesionales sanitarios pertenecientes a un Área de Gestión Sanitaria (AGS) en los diferentes tratamientos de pacientes polimedicados.

Metodología

Estudio transversal en el que se seleccionaron pacientes polimedicados, es decir aquellos pacientes con 15 o más prescripciones activas durante el mes de diciembre de 2019.

Las revisiones fueron realizadas por médicos de Atención Primaria a los que previamente se les enviaron listados con los datos identificativos de los pacientes asignados.

Desde el Servicio de Farmacia se realizaron sesiones sobre la estrategia a realizar para llevar a cabo dichas revisiones.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, patologías asociadas y modificaciones de tratamiento realizadas.

Resultados

Se seleccionaron 626 pacientes polimedicados, de los cuales 506 (80,8%) fueron revisados. 23 fueron excluidos por exitus.

El porcentaje de pacientes polimedicados fue mayor en mujeres (61,3%). El 54,2% tenían 75 años o más.

Atendiendo a las patologías asociadas, un 89,9% eran pacientes hipertensos, 67,5% padecía algún tipo de dislipemia, 62,7% eran pacientes diabéticos, 46,0% tenía asma o EPOC, 43,7% padecía algún episodio de salud mental, 29,4% enfermedad renal crónica, 24,8% sufría fibrilación auricular y el 10,6% tenía enfermedad oncológica.

Según el número de prescripciones, 416 pacientes (86,1%) tenían de 15 a 19 prescripciones, 59 pacientes (12,2%) de 20 a 24 prescripciones y 8 pacientes (1,7%) tenían más de 25 prescripciones.

Se observó algún tipo de modificación en un 30,2% (146) de los pacientes:

- a 91 (18,8%) pacientes se le suspendió algún principio activo por resultar innecesario,
- 5 pacientes (1%) debido a efectos adversos,
- 10 pacientes (2,1%) por duplicidad terapéutica,
- 6 (1,2%) por interacciones farmacológicas,
- 26 (5,4%) pacientes experimentaron cambio en la dosis de algún principio activo de su tratamiento,
- 3 (0,6%) pacientes se les cambio el medicamento,
- 5 (1%) se les añadió algún tratamiento que se consideró necesario por el prescriptor.

Conclusiones

A pesar del elevado número de revisiones realizadas, se observó un bajo porcentaje de modificaciones de tratamiento.

Con la finalidad de que estas intervenciones mejoren y se incorporen en la práctica clínica habitual, es de gran importancia seguir transmitiendo a los profesionales de nuestros centros sanitarios la necesidad de realizar revisiones, ya que esto repercute tanto en la seguridad del paciente como en la eficiencia de los tratamientos.

TARJETAS IDENTIFICATIVAS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SENSACIÓN DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN OBSTETRICIA. LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL

Autores: ARNEDILLO-SÁNCHEZ S, POLONIO OLIVARES ML, GONZÁLEZ PÁEZ CI

Palabras clave: IDENTIFICACIÓN, PROFESIONAL, SEGURIDAD PACIENTE, CALIDAD, HUMANIZACIÓN.

Introducción

Identificarse correctamente ayuda al usuario a saber quién le está atendiendo y aporta confianza en la calidad de atención que recibe. Así mismo supone, por parte del profesional, aceptar la responsabilidad personal y del centro sanitario al que pertenece. Los profesionales están obligados a permanecer identificados en todo momento durante su jornada laboral portando la tarjeta personal identificativa (ley 8/2003, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, la Ley de Salud de Andalucía (2/19989) y Estatuto Marco de personal estatutario de los Servicios de Salud).

Objetivos

Analizar el uso, conocimiento y opinión de las matronas respecto a las tarjetas de identificación profesional (TIP).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario “ad hoc” al 100% de las matronas de un servicio de obstetricia hospitalario durante el mes de abril de 2021.

Resultados

De un total de 50 matronas, el 52% de la población de referencia cumplimentó el cuestionario durante el mes de abril de 2021. El 78% eran mujeres y solo el 56% lleva las TIP de manera habitual. De entre estos profesionales el 82% lo hacía por considerarlo fundamental para la correcta comunicación entre profesionales y con los pacientes. De entre las que no la portaban habitualmente la razón principal fue la pereza, el olvido o la incomodidad. El 13.6% de los encuestados consideró que era mejor que nadie conociese sus datos personales.

El 90% de las matronas cree que llevar las TIP aumenta la sensación de seguridad y confianza en la atención, así mismo el 92% lo considera un derecho del paciente, aunque solo el 74% lo sabía.

El 90% de las encuestadas opinó que llevar las TI aumentaba la satisfacción de los pacientes, siendo algunas de las razones atribuibles:

- la personalización,
- la humanización (cercanía, empatía, confianza),
- el aumento de la sensación de seguridad (tranquilidad, conocer las funciones del personal que le atiende y sus competencias),
- la mejora de la imagen corporativa y confianza en la Institución.

Conclusiones

A pesar de que las matronas consideran las tarjetas identificativas un elemento clave para aumentar la sensación de la seguridad de la mujer, calidad y la humanización de la asistencia, solo algo más de la mitad las utiliza. Dadas las implicaciones para usuarios, profesionales y su obligatoriedad, las instituciones deberían tomar medidas para reforzar su uso: como campañas de concienciación o uso de la tarjeta como sistema de acceso a las unidades.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES Y TESTIGOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS*

Autores: PÉCULO-CARRASCO JA, RODRÍGUEZ-RUIZ HJ, PUERTA-CÓRDOBA A, RODRÍGUEZ-BOUZA M, CASAL-SÁNCHEZ MM.

Palabras clave: TESTIGO, PACIENTE, EXPERIENCIA, ESCALA, EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, PERCEPCIÓN, SEGURIDAD PERCIBIDA.

* Proyecto PI19/00385 "Factores relacionados con la percepción de seguridad en asistencias y traslados de equipos móviles de emergencias en demandas asistenciales urgentes o emergentes", financiado por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por la Unión Europea (FEDER "Una manera de hacer Europa").

Introducción

Ya se cuenta con herramientas validadas para cuantificar la seguridad percibida de pacientes y testigos/familiares en urgencias y emergencias extrahospitalarias como la "Escala de Seguridad Percibida ESP16" y la "Escala de Seguridad Percibida del Testigo ESPT10", pero aún no se ha cuantificado qué factores pueden condicionar la "Seguridad Percibida".

Objetivos

Determinar qué factores de la asistencia extrahospitalaria se relacionan con la seguridad percibida en asistencias de equipos móviles de emergencias.

Metodología

Estudio Observacional, descriptivo transversal, multicéntrico.

Son sujetos de estudio los pacientes asistidos y trasladados al hospital, así como los testigos en caso de imposibilidad de respuesta del paciente.

Tamaño muestral, para un nivel de confianza del 95% y un 80% de poder estadístico, de 644 pacientes y 507 testigos. Selección muestral por muestreo consecutivo, recogiendo datos desde abril 2021 hasta febrero 2022.

Las variables resultado son "Seguridad Percibida", tanto del paciente como del testigo. Se recogen variables sociodemográficas, de la demanda asistencial (motivo y lugar de asistencia, nivel de prioridad, tiempo de respuesta), del propio paciente asistido (diagnóstico, nivel de dependencia, alteración del nivel de consciencia, uso de material de inmovilización, catéteres venosos, sondas, mascarillas, perfusiones intravenosas, dolor agudo, ansiedad o nerviosismo, y acompañamiento durante la asistencia), y del traslado al centro sanitario (recurso empleado, distancia y tiempo de traslado, uso de silla de evacuación, y acompañamiento durante el traslado).

Se está utilizando el Sistema de Información de EPES y las Historias Clínicas de cada paciente.

La estrategia de análisis cuenta con un análisis exploratorio de datos, análisis univariante y bivariante, así como modelos de regresión lineal para las variables dependientes. Se establecerá un nivel de confianza del 95.

Resultados

Hasta la fecha se ha entrevistado a 201 pacientes y 162 testigos. La Seguridad Percibida de los pacientes fue $77,8 \pm 4,9$ (sobre 80 puntos), y de los testigos $48,6 \pm 3,7$ (sobre 50 puntos).

Los pacientes que manifiestan haber sufrido una lesión durante la asistencia tienen una puntuación de $67,2 \pm 10,8$.

Conclusiones

En los primeros resultados se aprecia que la puntuación de Seguridad Percibida de los pacientes es muy inferior cuando manifiestan haber sufrido alguna lesión durante la asistencia.

Es necesario completar la muestra para comprobar qué otros factores pueden estar relacionados.

DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E, GARCÍA-MÁRQUEZ MJ, GONZÁLEZ-LÓPEZ MA, MELÉNDEZ-MELÉNDEZ R

Palabras clave: CAÍDA, RIESGO, COMPLEJIDAD, SEGURIDAD PACIENTE.

Introducción

La Seguridad del Paciente es una prioridad en nuestra unidad y un componente clave en la calidad asistencial. Dentro de los efectos adversos que suceden en el ámbito hospitalario, que influyen de forma negativa, se encuentran las caídas. Todo paciente hospitalizado tiene riesgo de caídas asociado a factores intrínsecos y extrínsecos. Esto puede dar lugar a graves consecuencias para el paciente y para el propio sistema sanitario. La detección del riesgo de caídas ayuda a los profesionales sanitarios a tomar las medidas oportunas para evitar que esto suceda.

Objetivos

Identificar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en una unidad de Onco-Hematología y Cuidados Paliativos.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio descriptivo en una Unidad de Onco-Hematología y Cuidados Paliativos en el año 2018 y 2019. Para la valoración del riesgo se realiza el Cuestionario de Riesgo de Caídas que se encuentra en el módulo de cuidados de Diraya y consta de 3 preguntas. Este cuestionario se realiza en las primeras 24 horas desde el ingreso en nuestra unidad.

Se estudian un total de 173 pacientes

Resultados

La edad media es de $65,50 \pm 15,12$ años de edad, de los cuales el 38,15% son mujeres (n=66) y el 61,85% son hombres (n=107).

De ellos el 17,91% (n=31) han contestado de forma afirmativa a una de las tres preguntas de las que consta el cuestionario, por lo que sería un indicador de riesgo de caídas.

Los resultados muestran que el 6,94% ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria, el 9,25% ha sufrido dos o más caídas en el último año y el 11,56% presenta algún trastorno significativo de la marcha.

Conclusiones

El riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en una unidad de Onco-Hematología es inferior al que puede alcanzar en otras unidades, pero la existencia de este porcentaje nos indica que el personal debe estar alerta para evitar la aparición de caídas. Por ello, se debe realizar la Detección de Riesgo de Caídas a todos los pacientes para evitar que pasen desapercibidos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: RIESGO DE UPP EN UNA UNIDAD DE ONCO-HEMATOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E, GONZÁLEZ-LÓPEZ MA, MELÉNDEZ-MELÉNDEZ R, GARCÍA-MÁRQUEZ MJ

Palabras clave: UPP, Prevalencia, Riesgo, Onco-hematología, Paliativos.

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas un buen indicador de calidad y seguridad de los cuidados, ya que la mayoría pueden prevenirse. La prevención constituye el método más eficiente para abordar este problema. A nivel hospitalario se debe valorar el riesgo de padecer UPP en las primeras 24 horas del ingreso para tomar las medidas oportunas de forma precoz. Para ello se disponen de escalas de valoración que nos ayudan a identificar a los pacientes que pueden desarrollar UPP.

Objetivos

Conocer la prevalencia de riesgo de UPP en pacientes hospitalizados en una unidad de hospitalización de Onco-Hematología y Cuidados Paliativos.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio descriptivo en la unidad de hospitalización de Onco-Hematología y Cuidados Paliativos. Se toma como intervalo de estudio los años 2018 y 2019. Para la valoración del riesgo se realiza escala BRADEN a todos los pacientes que hospitalicen en esta unidad en las primeras 24 horas. Se realizará a aquellos que permanezcan hospitalizados en la unidad al menos esas 24 horas.

Se estudian un total de 449 pacientes.

Resultados

La edad media de los pacientes es de $66,95 \pm 15,32$ años y con una mediana de 70 años. El 40,98% son mujeres (n=184) y el 59,02% (n=265) son hombres.

De ellos el 72,38% (n=325) presentan un riesgo bajo de desarrollar UPP, el 15,81% (n=71) riesgo medio y el 11,80% (n=53) riesgo alto.

Dentro de los ítems del cuestionario, la actividad es el factor que presenta mayor influencia en la presencia o no de riesgo de UPP, seguido de la movilidad ($p < 0,001$).

Conclusiones

1 de cada 4 pacientes hospitalizados en unidad de hospitalización de Onco-Hematología y Cuidados Paliativos puede presentar riesgo de UPP.

La evaluación del riesgo nos ayuda a los profesionales de enfermería a realizar los cuidados avanzados de forma individualizada para evitar estas lesiones y con ello las consecuencias derivadas de las mismas.

El uso sistemático y protocolarizado de las escalas de valoración debe formar parte de nuestra práctica clínica diaria para mejorar la Seguridad de nuestros pacientes.

PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN DE UPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E, VILLARRUBIA-DELGADO F, GAVILÁN-PÉREZ F

Palabras clave: UPP, PREVALENCIA, LOCALIZACIÓN.

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas un buen indicador de calidad y seguridad de los cuidados, ya que la mayoría pueden prevenirse. Estas UPP se pueden producir durante la hospitalización o institucionalización, pero en ocasiones están presentes previas al ingreso. Es importante realizar un examen exhaustivo de la piel y de las lesiones presentes en el momento del ingreso en el hospital, para adaptar las medidas correctoras y las curas a estas UPP ya instauradas.

Objetivos

Conocer la prevalencia de UPP de aparición previa al ingreso en pacientes hospitalizados en una unidad de Medicina Interna.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en una Unidad de Medicina Interna en el año 2019. Se recogen datos demográficos de los pacientes, la presencia de UPP y la localización de las mismas en las primeras 24 horas del ingreso en la unidad.

Se estudian un total 300 pacientes.

Resultados

La edad media de los pacientes estudiados fue de $76,09 \pm 15,03$ años de los cuales el 50% son mujeres y el otro 50% son hombres.

De ellos el 12,66% presenta una UPP antes de la hospitalización, siendo el sacro la localización con mayor prevalencia (35,41%), seguida de los talones (22,98%) y de UPP en la parte medial de los MMII (16,66%).

Existen diferencias estadísticamente significativas por edad, es decir a mayor edad, mayor riesgo de padecer una UPP ($p < 0,001$).

Conclusiones

La prevalencia de UPP previa a hospitalización en una unidad de Medicina Interna es baja en términos absolutos, pero cualquier porcentaje de UPP debe ser considerado como un fallo de la práctica clínica. Por ello, es necesario una correcta exploración de la piel durante las primeras 24 horas y en caso, de que el paciente sea dado de alta, proporcionar pautas a pacientes y familiares para reducir el riesgo de aparición, ya que podría estar presente en un potencial reingreso.

Se debe mejorar la continuidad asistencial entre niveles (hospitalario y primario) para reducir la prevalencia de UPP previos a la hospitalización. Además, el conocimiento de las localizaciones más prevalentes ayuda al personal a llevar a cabo medidas más exhaustivas para evitar la aparición de UPP.

COMPARATIVA EN EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN PACIENTES NO AFECTADOS POR COVID-19 FRENTE A PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Autores: FERNÁNDEZ ONTIVEROS S, FERNÁNDEZ REYES D, FERNÁNDEZ DÍAZ MR, BELTRÁN ÁVILA FJ, GARCÍA CEBERINO PM

Palabras clave: CONTENCIÓN, SEGURIDAD, COVID-19.

Objetivos

Comparar diferentes variables en la utilización de contenciones mecánicas (CM) enfrentando a una cohorte de pacientes no afectados por COVID-19 frente a otra cohorte de pacientes afectados por COVID-19.

Metodología

Estudio transversal realizado el 25/03/2021 comparando pacientes ingresados por COVID-19 frente a pacientes ingresados por otra patología en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital de agudos.

Resultados

En nuestro hospital de agudos, en el grupo de pacientes no afectados por COVID-19, se registraron un total de 5 pacientes con CM de 60 hospitalizados (8,33%), con edad media de 79 años, frente al grupo de pacientes afectados por COVID-19, donde se registraron 8 pacientes con CM de 92 hospitalizados (8,69%), con edad media de 70 años.

Se intentó contención farmacológica previa a la mecánica únicamente en el 20% de los pacientes en el grupo de no afectados por COVID-19 frente al grupo de afectados por COVID-19 donde se intentó en el 50%. Respecto al motivo por el que se indicó la CM, se encontraba recogido en la historia clínica en el 20% de los pacientes no afectados por COVID-19 en contraste con los pacientes afectados por COVID-19, donde se reflejaba en la historia clínica en el 87,5% de los casos.

La indicación de la CM por personal médico no se realizó en ningún caso de los pacientes no afectados por COVID-19. En el grupo de afectados por COVID-19, el 12.5% de las CM fueron indicadas por personal médico. Las CM utilizadas no contaron con protección en zonas de fricción y no se solicitó consentimiento informado al paciente o familiares en ningún paciente de ambas cohortes estudiadas.

Conclusiones

La CM debe utilizarse excepcionalmente, evitando su uso como primera línea para la contención; para cumplir dicho objetivo, disponemos del protocolo de CM del Sistema Andaluz de Salud como modelo a seguir. En nuestro centro detectamos carencias en el uso de la CM en ambas cohortes estudiadas debido a la insuficiente solicitud de consentimiento informado, la ausencia de protecciones adecuadas en la CM y la escasa proporción de CM cuya indicación ha sido realizada por personal médico.

La principal diferencia entre ambas cohortes estudiadas fue el mayor uso de la contención farmacológica previa a la mecánica y un mayor reflejo en la historia clínica de la indicación para la CM en el grupo de pacientes afectados por COVID-19.

MEJORA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN TRATAMIENTOS DE TERAPIA METABÓLICA CON I-131

Autores: CASTRO RAMÍREZ IJ, GRANADO OLMEDO JM, GARCÍA REYES M

Palabras clave: ELIMINACIÓN, RECOMENDACIONES, TASA, TERAPIA.

Introducción

La terapia con I-131 es el tratamiento con radiofármacos más frecuente, suponiendo la mayor fuente de exposición a radiaciones ionizantes para las personas que rodean al paciente (familiares, trabajo, ciudadanía).

Tras el tratamiento, parte del isótopo permanece en el organismo un tiempo. Por esta razón, el paciente deberá seguir unas recomendaciones para minimizar la exposición de las personas de su entorno.

Objetivos

Obtener el periodo de eliminación a través de la medida de la tasa de dosis a un metro del paciente en el momento del alta radiológica y en el posterior rastreo.

Adaptar las recomendaciones a la situación de cada paciente y la tasa de dosis medida en el momento del alta radiológica.

Metodología

Se recogen los datos de 65 paciente entre 2019 y 2020 a quienes se les ha suministrado entre 100 y 200 mCi. Se utilizarán las tasas de dosis medidas a un metro en el alta radiológica y en el momento del rastreo en busca de restos metastásicos. Observando la evolución de la tasa de dosis, podremos obtener el periodo de eliminación efectivo de cada paciente ajustando a una función exponencial negativa (ley de desintegración radiactiva).

Se utilizarán las recomendaciones dadas por el documento del foro sobre protección radiológica del Consejo de Seguridad Nuclear adaptándolas a cada paciente y entorno.

Resultados

Tras analizar los datos, se obtiene un periodo medio de eliminación del radioisótopo de 25,4 horas. Esto supone que cada 25,4 horas, la tasa de dosis disminuye a la mitad.

Con las medidas realizadas, se observa que el medicamento es eliminado con mayor rapidez que la esperada inicialmente. Esto supondrá una disminución en el número de días de recomendaciones. En el caso general, implica una disminución de 13,1 días de media. Si hablamos de trabajos que impliquen el trato con niños, hablamos de una incorporación más temprana de media 3,3 días. Si el paciente trabaja con alimentos, verá disminuido el número de días de recomendaciones en 7,6 de media.

Conclusiones

La obtención del periodo de eliminación permite conocer cómo se elimina el radiofármaco de forma individual. Las diferencias entre las recomendaciones dadas a los paciente midiendo tan solo en el momento del alta respecto a medir también en el momento del rastreo disminuyen el número de días que el paciente debe cumplir las recomendaciones, debido a su rápida eliminación.

LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA. UN PASO MÁS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: GONZÁLEZ FORMOSO C, RODRÍGUEZ LORENZO D, FARIÑAS LORENZO B, PARDO LEMOS I, BURGOS PÉREZ E

Palabras clave: ENFERMERÍA, ALFABETIZACIÓN EN SALUD, RESUMEN DEL ALTA DEL PACIENTE, CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Introducción

La legibilidad de los textos es clave en la actividad asistencial, generando equidad en el acceso a la información de los pacientes y mayor seguridad clínica. Adecuar las necesidades de información en las recomendaciones para el paciente tendría que formar parte del compromiso con la seguridad del paciente.

Objetivos

Evaluar la legibilidad lingüística de recomendaciones del informe de enfermería al alta mediante dos escalas. Medir la concordancia entre ambas escalas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado a las 50 recomendaciones más difundidas en un área sanitaria, desde octubre 2020 a marzo 2021.

Se utilizaron dos fórmulas de análisis de legibilidad validadas para el español, mediante la herramienta *Legible*. es: a) escala INFLESZ, empleada en el ámbito sanitario para evaluar la legibilidad lingüística del consentimiento informado, prospectos y materiales para Educación para la Salud (0-40 *muy difícil*, 40-55 *algo difícil*, 55-65 *normal*, 65-80 *bastante fácil*, 80-100 *muy fácil*) y b) índice de legibilidad μ que calcula la facilidad lectora de un texto (0-30 *muy difícil*, 31-50 *difícil*, 51-60 *un poco difícil*, 61-70 *adecuado*, 71-80 *un poco fácil*, 81-90 *fácil*, 91-100 *muy fácil*).

Una vez aplicadas las escalas sobre las recomendaciones, se tabularon en una hoja de cálculo Excell los datos. Se realizó una descripción empleando porcentajes y media aritmética. Se calculó la concordancia entre las escalas mediante el índice Kappa.

Resultados

Los datos que arroja la escala INFLESZ a una muestra de 50 recomendaciones de enfermería (82,7% de todas las recomendaciones entregadas en el período de estudio), muestra que un 64% (n= 32) tenían una legibilidad lingüística *normal*, un 26% (n= 13) *algo difícil* y un 10% (n= 5) *bastante fácil*, con un valor medio de 58,99 (*normal*).

Aplicando el índice de legibilidad μ , el 22% (n= 11) dieron como resultado *difícil*, el 68% (n= 34), *un poco difícil*, el 6% (n= 3) *adecuado* y el 4% (n= 2) *un poco fácil*, con un valor medio de 53,23 (*un poco difícil*).

En ninguna de las recomendaciones se obtuvo el resultado *muy fácil* al aplicar ambas escalas de legibilidad.

El índice Kappa fue 0,07 (IC=-0,20-0,06), indicando una concordancia pobre entre ambas escalas.

Conclusiones

Las recomendaciones analizadas presentaron una legibilidad mejorable, no cumpliendo el objetivo básico para el que fueron redactadas. De este análisis se deduce que existe un amplio margen de mejora en las recomendaciones que se entregan a los pacientes, coincidiendo con los resultados de otros estudios.

La concordancia entre ambas escalas es pobre.

FACTORES PREDICTORES DE USO INAPROPIADO DE ANTIBIÓTICOS: ESTUDIO DE ENCUESTAS DE PREVALENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

Autores: NÚÑEZ NÚÑEZ M, SANDOVAL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO S, BUENO CAVANILLAS A, RODRÍGUEZ BAÑO J, RETAMAR GENTIL P

Palabras clave: PROA, CALIDAD, PPS, ANTIBIÓTICOS.

Objetivos

Analizar los factores predictores de uso inapropiado de antibióticos mediante encuestas de punto de prevalencia seriadas (PPS).

Metodología

Diseño: PPS seriadas. Periodo de estudio: última semana de mayo de 2012-2019. Inclusión: Todos los pacientes con prescripción de antimicrobianos a las 8:00h am el día del PPS. Exclusión: profilaxis. Variables: demográficas, clínicas, microbiológicas y prescripción antibiótica, valoración de la prescripción por el equipo evaluador (multidisciplinar constituido por equipo PROA: Programa Optimización Uso Antibióticos) y de indicadores de calidad por prescriptor. Estudio descriptivo y bi-multivariante de la prescripción inapropiada mediante regresión logística múltiple usando STATA 15.0.

Resultados

Se evaluaron un total de 1.600 prescripciones con un total de 1.932 antimicrobianos y 34 unidades hospitalarias. Se observaron 789 (49,2%) prescripciones inapropiadas (INAP) de las cuales: 237 (14,8%) eran innecesarias, 226 (14,1%) el antibiótico no era el recomendado de primera línea por la guía local de referencia, 144 (9,0%) presentaba espectro inadecuado o bien dosis, duración y/o vía de administración inapropiadas en 121 (7,5%), 104 (6,5%) y 47 (2,9%) respectivamente.

Edad mayor de 80 años (ORa = 5,37; IC 95%: 1,14-25,34), recibir tratamiento empírico (ORa = 2,02; IC 95%: 1,43-2,85), combinado (ORa = 1,57; IC 95%: 1,16-2,14) o con una duración prolongada del tratamiento antimicrobiano (8-14 días: ORa = 1,92; IC del 95%: 1,38-2,86; > 14 días: ORa = 3,39; IC del 95%: 1,75-6,55) resultaron factores de riesgo independientes de INAP. Sólo la unidad de cuidados intensivos mostró un efecto protector significativo (ORa 0,38; IC 95%: 0,19-0,74) y en cuanto al foco de infección, el genitourinario (ORa 1,76; IC 95%: 1,24-4,49) fue el de mayor número de prescripciones INAP y osteoarticular (ORa 0,28; IC 95%: 0,12-0,64) el menor (variables de referencia: Servicio de Urgencias y Foco respiratorio respectivamente)

Indicadores de calidad: valoración del foco de la infección en la historia clínica por el prescriptor (ORa 0,73; IC del 95%: 0,55-0,98) y la toma de muestras microbiológicas antes del tratamiento (ORa 0,54; IC del 95%: 0,42-0,70) mostraron un efecto protector. La toma de muestras como la adherencia a la guía local de tratamiento antimicrobiano del centro mejoraron significativamente durante el periodo de estudio ($p < 0.001$)

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de los tratamientos antimicrobianos prescritos fueron inapropiados. La metodología PPS permiten identificar áreas de mejora para intervenciones PROA dirigidas. Nuestros resultados señalan a los pacientes ancianos, foco urinario, tratamiento empírico, prolongado y combinado a priorizar para intervenciones de mejora del uso de antimicrobianos.

ANÁLISIS DEL USO DE LA “IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE” (IIP) EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: VALENZUELA LÓPEZ CC, ÁLVAREZ VELARDE S, CARRASCAL DÍAZ MP, ROMERO RUIZ RM

Palabras clave: IDENTIFICACIÓN, INEQUÍVOCA, PULSERA, PEDIATRÍA, CIRUGÍA.

Introducción

La (IIP) es un pilar de la seguridad clínica. Sin embargo, su implementación efectiva especialmente en población pediátrica es compleja.

Objetivos

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la IIP en el Servicio de Cirugía Pediátrica e identificar barreras en su uso para mejorar su utilización y efectividad.

Metodología

Se recogieron prospectivamente, en una base de datos diseñada para este estudio, la prevalencia de IIP (IIP correctamente colocada) al ingreso, en los cambios de turno de enfermería y traslados durante una semana. Se registraron datos de deterioro, imposibilidad para colocar la IIP y otros problemas para el uso de esta.

Se realizó un mapa del circuito del paciente desde el ingreso hasta el alta, para determinar los procesos de impresión, colocación e información a familiares.

Resultados

Se recogieron un total de 101 registros y se documentó una estancia media de 4,5 días (rango 1-13). Al ingreso la prevalencia de la IIP fue 63%. Siendo del 65% en el turno de mañana y del 57% en el turno de noche.

En los traslados para procedimientos la IIP se perdió en el 1%. Sin embargo, en los traslados al quirófano la tasa de pérdida fue del 7%. La IIP solo se repuso en 17% de los casos. Al alta un 3% de los pacientes perdieron la IIP.

Las causas más frecuentes de pérdida de la IIP fueron rechazo familiar, no colocación al ingreso y fallo en el material.

El rechazo familiar se produjo por barreras culturales y molestias en los antebrazos.

El estudio del circuito demostró que no se informa de la importancia de la seguridad del paciente y la IIP y que no se coloca en muchos casos por falta de tiempo del personal de admisión o por barreras físicas.

Conclusiones

La prevalencia de la IIP durante el ingreso en nuestro estudio dista mucho de ser adecuada, produciéndose además pérdidas de esta que no son repuestas.

El traslado al quirófano es el momento en el que más frecuentemente se interrumpe su uso.

Este estudio ha permitido identificar las áreas de mejora en el uso efectivo de la IIP, como son la inadecuada información a familiares y los problemas en su colocación al ingreso y la falta de reposición.

CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR DONANTES DE SANGRE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Autores: ANTELO CAAMAÑO ML, GASQUE SATRÚSTEGUI A, RODRÍGUEZ SEGURA E, GARCÍA ERCE JA

Palabras clave: DONANTE, TELEMEDICINA, SATISFACCIÓN, ONLINE, ENCUESTA.

Objetivos

La actual pandemia supone un desafío para la sostenibilidad de los stocks de componentes sanguíneos y para la seguridad y calidad de la atención a los donantes de sangre. Incorporar herramientas digitales en nuestras prácticas habituales permite enfrentarnos a ambos retos. Nuestro Centro de Transfusión cita mayoritariamente a los donantes mediante "SMS" y en 2020, nos propusimos como objetivo de mejora para la accesibilidad y la seguridad, realizar las encuestas de satisfacción en formato "on-line".

Metodología

Presentamos un análisis comparativo sobre el grado de satisfacción y seguridad percibido por los donantes de sangre empleando cuestionarios informatizados con acceso a través de un código "QR" y/o dirección "url" que redirigía automáticamente al donante a un cuestionario gestionado mediante la herramienta "Google Forms". Los resultados se han comparado con la información de 2 años previos, recogida desde cuestionarios en papel. Los formularios están disponibles para ser respondidos durante 45 días cada año, con las mismas preguntas y en dos idiomas.

Resultados

La encuesta de satisfacción y percepción de seguridad en formato "online" ha hecho que el porcentaje de participación de los donantes se haya incrementado desde un 8.2% en 2018 o un 8.24% en 2019, hasta un 44.63% en 2020; donde el 96.5% de los donantes eligió la encuesta online y el 3.5% el formato papel. La valoración global media de satisfacción ha sido del 93.9%. La aceptación del formato "on-line" ha sido muy buena independientemente del grupo etario y sexo.

La pregunta sobre "percepción de seguridad tras las medidas de prevención implantadas por el COVID-19" se valoró en un 100% como buena o muy buena.

Conclusiones

El impacto de esta medida empleada para mejorar la seguridad es claro ya que el modelo "on-line" reduce los riesgos inherentes a la pandemia al permitir que los donantes respondan en cualquier entorno (domicilio) y desde sus propios dispositivos, reduciendo su tiempo de permanencia en entornos sanitarios y mejorando su percepción de seguridad.

La participación aumenta al facilitarse la cumplimentación en los puntos de colectas móviles.

Permite un alineamiento con los compromisos medioambientales de seguridad (ahorro en papel y emisiones de CO₂), sobre todo cuando se presentan cuestionarios en más de un idioma como es el caso.

Planteamos ampliar la estrategia a los cuestionarios pre-donación. Estudios previos demuestran que la calidad y veracidad aumentan reduciéndose los donantes excluidos y permitiendo indirectamente asegurar los stocks.

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: IBARRA RODRÍGUEZ MR, PAREDES ESTEBAN RM, WIESNER TORRES SR, GONZÁLEZ ZURITA AI, VÁZQUEZ RUEDA F

Palabras clave: SEGURIDAD, CIRUGÍA, PEDIATRÍA, PACIENTE

Objetivos

El concepto de seguridad del paciente no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como la comunicación, información y participación de los mismos en su propia seguridad. Es necesario conocer la percepción del paciente sobre el clima de seguridad en la atención médico-quirúrgica.

Actualmente la información existente al respecto es escasa y aún menor en pediatría.

Nuestro objetivo es evaluar la percepción de seguridad por el propio paciente y/o tutores legales en la asistencia sanitaria recibida durante la hospitalización pre y postquirúrgica.

Metodología

Se realiza estudio prospectivo, descriptivo y transversal utilizando como herramienta la elaboración de una encuesta al paciente y/o tutores legales para obtener información acerca de la percepción de seguridad en su atención sanitaria. La encuesta se elabora identificando ítems a partir de la revisión de la literatura y generación de nuevos ítems, agrupados en tres bloques de 6, 9 y 10 preguntas respectivamente. Se realiza de forma anónima y voluntaria a los tutores legales de los pacientes ingresados en planta de hospitalización en un periodo de 6 meses. En los tres bloques respuestas dicotómicas sí/no. Al final una pregunta general sobre la sensación de seguridad percibida en la atención recibida, con siete opciones de respuesta.

Resultados

En un total de 124 encuestas, el 97,6% refieren no haber tenido complicaciones durante su hospitalización. El 47,2% de los encuestados puntuaron con un 10 (máxima), en el primer bloque de preguntas, en el resto, lo más frecuente (86%), el desconocimiento de un *check list* quirúrgico, seguido de falta de conciliación de medicación. Solo el 2,4% refirieron haber sufrido un error clínico, pero en ningún caso fue analizado a través de las preguntas del tercer bloque. En el 1,6% refieren haber estado a punto de sufrir un evento adverso. El 71,7% de los encuestados consideran que existe una buena prevención de eventos adversos en la planta de hospitalización. Respecto a la pregunta final y general, contestaron el 74,3% de los encuestados. El 62% se han sentido muy seguros durante el proceso, 34,4% bastante seguros y el 3,4% ligeramente seguros.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes refieren sentirse seguros durante su hospitalización quirúrgica. La evaluación de la percepción de seguridad por los pacientes es un complemento a todo plan de seguridad, ya que facilita la retroalimentación y medidas de mejora. Es una medida necesaria para avanzar en el campo de la seguridad del paciente pediátrico.

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN LA RECOGIDA Y TOMA DE MEDICACIÓN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Autores: ANDÚJAR ÁLAMO B, TABARES SANZ AM

Palabras clave: EMPODERAMIENTO, SEGURIDAD, FORMACIÓN.

Análisis de situación y contexto

Tanto en la consulta de farmacia como en planta, hay que explicar al paciente cada medicación para que sirva como barrera ante posibles fallos y para que adquiera una mayor adherencia por la responsabilidad transmitida al hacerse partícipe de su tratamiento.

Descripción de la intervención de mejora

Se establece la consulta individualizada para el paciente: se atiende al paciente de forma cercana y sin prisas para conocer el grado de conocimiento y de adherencia al tratamiento, explicando una a una cada medicación y su correcta administración, especialmente si contiene algún dispositivo de administración concreto como es el caso de las jeringas precargadas y los inhaladores. También se advierte de las posibles interacciones con ciertos alimentos u otros medicamentos especialmente antitéticos y analgésicos y los posibles efectos adversos, recogiendo el feedback de la experiencia ya vivida anteriormente con estos u otros fármacos.

También es frecuente que el paciente llegue a la consulta con dudas surgidas tras la consulta con el médico o en los primeros días de tratamiento domiciliario por lo que se debe facilitar el teléfono de atención farmacéutica para que pueda contactar con el servicio y se sienta totalmente protegido.

Con los pacientes ingresados en planta y los que visitan el hospital de día es aún más importante el conocimiento del paciente sobre su tratamiento, ya que el personal cambia en cada turno y debido a las múltiples interrupciones por emergencias de otros pacientes o preguntas de familiares, pueden llegar a darse errores humanos como intercambios de medicación de una cama a otra, doblar la dosis de una toma o dejar sin administrar una medicación, entre otras situaciones.

Evaluación y principales resultados

Cuando el paciente es consciente de la importancia de cumplir el tratamiento tal y como está pautado, se convierte en un filtro más para la correcta administración y a la vez mejora la adherencia al tratamiento ya que se siente parte activa del mismo.

Conclusión

El empoderamiento que alcanza el paciente al hacerse partícipe del tratamiento entendiendo cada paso que da en el mismo provoca una mejor adherencia y minimiza los errores, por lo que compensa el tiempo invertido en la formación individualizada del paciente.

MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA ALIANZA NECESARIA HOY

Autores: BENABDERRAHMAN NA

Palabras clave: MEDIACIÓN INTERCULTURAL, GESTIÓN DEL RIESGO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Análisis de situación y contexto

La pandemia de COVID ha supuesto una revolución sin precedente para las organizaciones sanitarias, siendo el reto conjugar los continuos cambios en las medidas de prevención del contagio con, entre otros, la diversidad sociocultural y lingüística de los pacientes inmigrantes. En este escenario de diversidad cultural y lingüística y prácticas de salud muy diferenciadas, la Mediación Sociosanitaria es el elemento que rompe las barreras que merman la percepción de seguridad del paciente de ciudadanos y profesionales.

Descripción de la intervención

La mediadora, perfil incluido en el catálogo de puestos del hospital, interviene en salud garantizando el intercambio seguro y eficaz de información entre usuarios y profesionales. En este sentido se ha dispuesto la interconsulta, documento informático formal, creado desde la historia clínica del paciente, como elemento básico de trabajo en equipo, coordinación y comunicación entre las diferentes unidades.

Las actuaciones se realizan de lunes a viernes, presencial o telefónicamente; en árabe, francés, inglés y alemán, prestando una atención integral y reduciendo los daños evitables relacionados con la medicación y la incorrecta identificación del paciente. Así mismo fomenta la implicación de la ciudadanía y contribuye a minimizar los eventos adversos, especialmente en aquellos pacientes en situación especial de vulnerabilidad, además de realizar una detección precoz de los mismos.

Al alta, se hace un recordatorio de la toma correcta de la medicación, la realización correcta de los cuidados en el domicilio, y se recuerdan las medidas de prevención de la COVID.

Evaluación y resultados

El trabajo de campo se ha realizado de febrero a diciembre del 2020, y la recogida de datos se ha efectuado a través de las Interconsultas cursadas y la hoja de registro de actividad Excel elaborada por la mediadora.

La demanda mayoritaria proviene del área de Consultas Externas, 393 intervenciones realizadas de un total de 631; el 86% de las actuaciones son presenciales, sin embargo destaca el incremento en un 30% de las telefónicas durante la fase de confinamiento para preservar la seguridad de pacientes y profesionales. Al alta se llevaron a cabo 89 intervenciones, todas en el Área de Hospitalización. Las actuaciones integran la perspectiva de género siendo el 75% del total atendidos, pacientes del sexo femenino.

Conclusiones

La incesante demanda muestra el valor de la mediación como elemento transversal de seguridad del paciente y atención integral segura a personas en situación de vulnerabilidad y en escenarios de inseguridad.

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI: CON UNA SOLA MIRADA

Autores: HERNÁNDEZ ORTÍZ JA, LAGUNA PARRAS JM, EXPÓSITO MONTES P, HORNO GUTIÉRREZ JM, MARTÍNEZ CORTÉS M

Palabras clave: UCI, MULTIRRESISTENCIA, IDENTIFICACIÓN, CONTROL.

Análisis de situación y contexto

Las infecciones por microorganismos multirresistentes se asocian a un aumento de la mortalidad debido a las importantes limitaciones terapéuticas disponibles. Asimismo, suponen un aumento del coste sanitario y la prolongación de las estancias hospitalarias.

Es fundamental evitar la extensión de estos patógenos en cualquier unidad asistencial, para impedir brotes epidémicos; diseminación que se produce sobre todo por el flujo de pacientes existente dentro de los propios hospitales y entre estos y otros centros sociosanitarios y el resto de la comunidad.

Los profesionales que desarrollamos nuestra labor asistencial en las unidades de cuidados intensivos estamos luchando en primera línea con estos gérmenes aplicando todas las medidas de prevención y de control, para evitar contaminaciones cruzadas y brotes. La situación de pandemia actual ha supuesto una sobrecarga de trabajo inusitada, y poder contar con sistemas que mejoren la identificación de patologías y ahorren tiempo, entendemos que es crucial.

Descripción de la intervención de mejora

En nuestra unidad cuando existe algún paciente colonizado o infectado con multirresistentes se aplican todas las precauciones estándar más las adicionales recomendadas.

Entendimos que era necesario (y más aún en el actual estado) compartir de forma rápida y sencilla la información de qué pacientes estaban colonizados o infectados con estos microorganismos para gestionar los recursos humanos (profesionales concretos para cuidar a estos pacientes) y aplicar las medidas terapéuticas específicas.

Para ello colocamos unas placas imantadas con el número del box a la entrada del mismo, en un lugar totalmente accesible y visible. En estas placas se ubicarían tarjetas de diversos colores y cada color identificaría al microorganismo responsable.

Evaluación y principales resultados

Tras aplicar este método de identificación y control, hemos conseguido conocer de una manera rápida y eficaz qué enfermos están contaminados por estos patógenos, sin tener que manejar o tocar elementos diversos, como gráficas, documentos, ordenadores; igualmente no hemos tenido que desprendernos de elementos barrera (guantes). Todo ello supone un ahorro considerable de tiempo que se reinvierte en los cuidados. Por otro lado la asignación de profesionales específicos para los cuidados de estos pacientes se lleva a cabo de una manera eficaz, segura e inmediata.

Conclusiones

La utilidad de esta práctica resulta inestimable en la composición del lugar a la hora de la organización de asignación de profesionales en nuestra unidad de cuidados intensivos. Asimismo no es necesario acceder a los boxes caso.

VERACIDAD Y SEGURIDAD EN LOS DATOS DE PACIENTES DE LOS HOSPITALES DE LA AGENCIA SANITARIA

Autores: SALCEDO SÁNCHEZ MC, URBANO SILVA MC, ARMENTEROS PÉREZ PJ

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, EXACTITUD DE DATOS, BASE DE DATOS, MANEJO DE DATOS.

Análisis de situación y contexto

Uno de los principios básicos de la LO 3/2018 y del Reglamento General de Protección de Datos es el principio de exactitud, que determina que los datos personales deben ser precisos y se han de adoptar todas las medidas razonables para garantizar su veracidad y exactitud. La existencia de errores en los datos básicos identificativos de pacientes provoca situaciones de ambigüedad ante la atención médica. La estrategia para la "Seguridad del Paciente" del SSPA identifica como área de mejora la gestión de la información vinculada a la Historia Clínica Electrónica, ya que se considera uno de los principales problemas de seguridad en las organizaciones sanitarias.

Descripción de la intervención de mejora

En los Hospitales de la Agencia, los datos de los pacientes se someten a constantes revisiones a través de la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y del Sistema Nacional de Salud (SNS), que garantizan tanto su integridad como su exactitud. Otras herramientas de control usadas son la detección de posibles duplicidades usando algoritmos lógicos (DUPLICATE) y la actualización de datos de defunción consultando el Índice Nacional de Defunciones (INDEF). Estas herramientas, nos ofrecen la posibilidad de anticipación y detección de posibles duplicidades y/o errores de identificación.

Evaluación y resultados

En la Agencia Sanitaria existe un fondo de 534.960 pacientes. Para asegurar la integridad y exactitud de los datos, se realizan chequeos diarios de pacientes concretos y consultas colectivas periódicas.

En este sentido, en el año 2020 se han revisado un total de 56.000 registros de los cuales 41.400 han sido actualizados conforme a la BDU y SNS.

La utilización del DUPLICATE ha supuesto la localización y detección de más de 18.000 duplicados desde la apertura de los centros, y por último, desde la implantación de la consulta al Índice Nacional de Defunciones (INDEF) en 2010, se han detectado y corregido de más de 37.000 registros, lo que supone que el 80% de los exitus totales identificados en las bases de datos proceda de la consulta al INDEF.

Conclusiones

La consulta y actualización de los datos de las bases de datos de la Agencia a través del uso de herramientas de control (listados prefiltrados, INDEF y DUPLICATE) de forma sistemática y periódica garantizan la exactitud e integridad de los datos de pacientes de nuestros centros hospitalarios y por tanto mejora la seguridad de los pacientes.

VALORACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE SUICIDA

Autores: SÁNCHEZ-BAENA R, MONTES-CARABIAS L, CASTILLO-ANTÚNEZ MJ, QUEMADA-GONZÁLEZ C, GARCÍA-SÁNCHEZ JA

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, SUICIDIO, FACTORES PROTECTORES, SALUD MENTAL, HOSPITALIZACIÓN.

Análisis de situación y contexto

La Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) es considerada en la Estrategia para la Seguridad del Paciente como escenario de alto riesgo de que ocurran eventos adversos graves como pueden ser las conductas suicidas.

En la actualidad, en nuestra Unidad estamos implantando una Guía de Buenas Prácticas para la prevención del suicidio. Esta guía consta de una serie de recomendaciones para el abordaje, detección y prevención de la conducta suicida. En una de estas recomendaciones se aconseja valorar los factores protectores asociados a la prevención del suicidio.

Los factores protectores son condicionantes que ayudan a mitigar o disminuir el riesgo de pasar al acto de la autolesión y aumentan la resiliencia de los usuarios en periodos de vulnerabilidad. La guía los define como "los aspectos de la vida de una persona que le ofrecen algún tipo de recompensa, es decir, significado o sentido a su destino o sentido de conexión con los demás".

Descripción de la intervención de mejora

Para detectar este riesgo suicida, las enfermeras de la Unidad utilizan en la valoración inicial de los pacientes al ingreso la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Si ésta indica riesgo (mayor de 6 sobre 15 ítems), se procede a valorar los factores protectores.

Esto se lleva a cabo con un cuestionario que nos ofrece datos sobre el apoyo social que tiene la persona, los familiares a cargo, la situación laboral, si profesa alguna religión, el nivel de autoestima y de afrontamiento.

Evaluación y resultados

Hasta el momento, se han recogido 40 cuestionarios y de los 6 ítems de los que consta el cuestionario elaborado para la detección de factores protectores de la conducta suicida los usuarios han respondido de forma positiva a 2-3 ítems de media sobre los que tendría que intervenir la enfermera en talleres específicos.

Los datos e ítems son los siguientes:

- ¿Cuenta con apoyo social? - 82,35
- ¿Creencia o militancia religiosa? - 26,47
- ¿Tiene pareja estable y/o hijos dependientes? - 38,24
- ¿Demuestra habilidades de resolución de problemas y/o afrontamiento? - 20,59
- ¿Tiene buena autoestima o autoconfianza? - 14,71
- Otros (trabajo, pertenencia a grupo social...) - 44,12

Conclusiones

Esta buena práctica, con el objetivo de ofrecer seguridad al paciente con riesgo suicida, sería seguir valorando cuáles son esos factores protectores que ayudan a cada paciente a mantenerse con vida, y con la idea de potenciar los mismos, incluir a los pacientes en talleres habilitados para ello sobre Control de Impulsos, Habilidades de Afrontamiento y Resolución de Problemas o Mejora de la Autoconfianza.

SEGURIDAD DEL ADOLESCENTE: UNA INICIATIVA DE MEJORA EN LA COBERTURA DE VACUNACION

Autores: GUTIÉRREZ GONZÁLEZ L, GÓMEZ PORTILLA C, BARROSO DELGADO ML, CARRILES GÓMEZ M

Palabras clave: SEGURIDAD, ADOLESCENTE, VACUNACION.

Análisis de la situación y contexto

Según los datos del Ministerio de Sanidad las cifras de los vacunados en edad adolescente descienden respecto a la población infantil. La vacunación es una de las mejores intervenciones para prevenir las enfermedades y garantizar la seguridad de los pacientes, teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa de la vida con grandes riesgos.

En el equipo de salud de nuestra zona básica de atención primaria analizamos los motivos que llevan a los jóvenes a la no vacunación, destacando:

- Falta de información
- Falsas creencias y mayor difusión de los bulos en redes sociales.
- Aumento de movimientos sociales antivacunas.
- Mayor independencia de los progenitores y pensamiento propio.
- Barreras administrativas y horarios.

Descripción de la intervención de mejora

Establecer una consulta joven en el instituto, como acercamiento a problemática sentida por el adolescente y privacidad para así facilitar asesoramiento e información adecuada sobre las vacunas que les afectan y romper falsos estereotipos.

Facilitar la accesibilidad mediante el establecimiento de unas franjas horarias abiertas sin cita previa para la vacunación rápida en el centro de salud.

Aprovechar otras visitas del adolescente al centro de salud para captarle en el programa de vacunación.

Por parte de los profesionales sanitarios, revisión periódica de cobertura vacunal en franjas de edad.

Recordatorios personalizados periódicos al adolescente y a sus responsables.

Evaluación y resultados

Después de un año de la intervención e implantación de las actividades de mejora planificadas, se observa que la población diana de la zona básica ha sido vacunada en un 93% frente al 79% de cobertura anterior a dicha intervención y por tanto aumenta su seguridad.

Conclusiones

La implantación de la estrategia de mejora planificada por nuestro equipo adaptándola a los requerimientos de los jóvenes, ha demostrado ser eficaz y contribuir así a la seguridad de estos pacientes.

Los profesionales del equipo de salud deben trabajar de forma flexible para disminuir las barreras administrativas, y facilitar el acceso de los adolescentes.

Las enfermeras de atención primaria juegan un papel importantísimo en el acercamiento a esta población y su vacunación con lo que se contribuye a la seguridad de la población.

POLIMEDICACIÓN EXCESIVA: LA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO COMO SOLUCIÓN A UN PROBLEMA PRIORITARIO DE SEGURIDAD

Autores: ESCUDERO MERINO R, GALLARDO AVILÉS R, LOVERA VALLS M, MARTÍN CUESTA AM

Palabras clave: POLYPHARMACY, DRUG USE REVIEW

Análisis de la situación y contexto

La polimedicación se define como la toma de más medicamentos de los clínicamente apropiados. No existe un consenso en el número de medicamentos, pero en la mayoría de publicaciones se refieren al paciente polimedicado como aquel que toma más de 5 medicamentos de forma crónica. La polimedicación se ha triplicado en los últimos años, incrementándose mucho más lo que actualmente se denomina polimedicación excesiva, es decir, la toma de 10 o más medicamentos de forma crónica. El uso excesivo de medicamentos está asociado a efectos perjudiciales para el paciente, se estima que un 70% de las reacciones adversas a medicamentos se producen en pacientes mayores de 65 años que toman 5 o más medicamentos de forma crónica.

Descripción de la intervención de mejora

Durante el año 2020 uno de los objetivos planteados en Andalucía para resolver este importante problema de seguridad ha sido la revisión del tratamiento en pacientes con polimedicación excesiva, considerándose estos como aquellos pacientes con 15 o más prescripciones activas en receta electrónica. La revisión, planteada de una forma estructurada y crítica, basada en un algoritmo de revisión con el objetivo de reducir el número de medicamentos que pueden causar problemas adversos, con el fin de maximizar el efecto y mejorar la adecuación. El número de pacientes con más de 15 medicamentos activos a revisar en nuestra área de trabajo fue de 2.824, con una media de 10 pacientes por cupo médico.

Evaluación y resultados

De estos pacientes, 3 tenían más de 30 medicamentos activos (0.11%), 26 pacientes entre 25-29 medicamentos activos (1.02%), 278 pacientes entre 20-24 principios activos (9,84%) y 2.519 entre 15 y 19 medicamentos (89.20%).

Durante este año se han realizado un total de 1.480 revisiones de tratamiento (52.41%). Como resultado de esta revisión se ha reducido el total de pacientes con polimedicación excesiva de 2.824 en Noviembre 2019 a 1.730 pacientes en Enero 2021

Se ha reducido también el número de pacientes con polimedicación excesiva, en Enero 2021 tenemos 1 paciente con más de 30 medicamentos activos, 13 pacientes tienen entre 25-29, 123 entre 20-24 y 1.593 tienen entre 15 y 19 prescripciones activas en receta electrónica.

Conclusiones

La revisión del tratamiento en pacientes con polimedicación excesiva consigue una reducción en el número de medicamentos que tiene el paciente, logrando con ello una disminución del riesgo de efectos adversos que produce en sí la sobremedicación, reduciendo duplicidades y tratamientos innecesarios.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO HEMOTERAPIA

Autores: FERNÁNDEZ HERRERA MD, MARTÍN AGUILERA C, CASTAÑO RODRÍGUEZ A

Palabras clave: SEGURIDAD, PACIENTE, TRANSFUSIÓN, PROCESO, HEMOVIGILANCIA.

Análisis de la situación y contexto

La implantación del Proceso de soporte hemoterapia en los centros y servicios de transfusión permite estandarizar y definir las fases del proceso transfusional e identificar oportunidades para mejorar la seguridad del paciente.

Descripción de la intervención de mejora

En nuestro centro se ha llevado a cabo la adaptación del Proceso Hemoterapia en sus diferentes fases.

Se han elaborado los mapas de los procesos de donación, obtención y distribución de componentes sanguíneos y transfusión y hemovigilancia especificando: actividad (Qué), profesionales que intervienen (Quien), procedimiento operativo (Cómo), área o servicio (Dónde) y momento de la actuación (Cuando).

Se han detectado y analizado, Puntos críticos para la seguridad del ciudadano (Donante o paciente), actuaciones que requieren Información al ciudadano (Donante o paciente) y/o Higiene de manos

Evaluación y resultados

En la fase de Transfusión y Hemovigilancia se han identificado:

1. Puntos críticos para la seguridad del paciente:

Prescripción de la transfusión; Información al paciente/Consentimiento informado; Identificación del receptor y la muestra pretransfusional; Recepción y registro de peticiones y muestras de transfusión; Pruebas de compatibilidad transfusional; Selección de componentes sanguíneos; Distribución, transporte y conservación del componente; Administración de la transfusión; Estudio de reacción transfusional.

2. Actuaciones o eventos que requieren información al ciudadano:

Prescripción de la transfusión; Muestra pretransfusional; Administración de la transfusión; Reacción transfusional

3. Momentos para higiene de manos

El seguimiento de los resultados se realiza a través de los siguientes indicadores:

- Peticiones de transfusión con datos incompletos o incorrectos
- Transfusiones de CH con indicación incorrecta
- Casi incidentes transfusionales
- Errores transfusionales

Conclusiones

La identificación de los puntos críticos para la seguridad del paciente en el proceso transfusional y las fases del mismo que requieren información al ciudadano e higiene de manos proporciona oportunidades de mejora y nos ha permitido diseñar e implantar estrategias para la prevención de incidentes transfusionales:

Procedimientos operativos, en los que se han destacado las actuaciones que deben llevar a cabo en esos puntos críticos

Sistemas de seguridad transfusional: pulsera transfusional, control del proceso mediante dispositivos electrónicos, verificaciones y comprobaciones, Formación a los profesionales que intervienen en el proceso centrada en la seguridad transfusional y Sistema de hemovigilancia para la identificación de casi-incidentes y errores de administración de la transfusión.

AUDITORÍA EXTERNA INDEPENDIENTE DEL PROCESO DE CALIBRACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y TRATAMIENTO CLÍNICO DE UN ACELERADOR LINEAL DE RADIOTERAPIA

Autores: PÉREZ ROZOS A, SERRANO CHICA C, GUTIÉRREZ RAMOS S

Palabras clave: RADIOTERAPIA, RADIOFÍSICA, AUDITORÍA, IMRT, DOSIMETRÍA.

Análisis de la situación y contexto

La instalación y puesta en marcha de un acelerador lineal es un proceso crítico de alta complejidad en el que se realizan las pruebas de funcionamiento del equipo, se realizan los ajustes de sus componentes, se definen los procesos de trabajo y se garantiza la trazabilidad dosimétrica de los tratamientos. Es un proceso de medidas exhaustivas realizadas por los Servicios de Radiofísica, y que puede llegar a extenderse de 4 a 6 meses.

Descripción de la intervención de mejora

Con el fin de poner a disposición inmediata de uso clínico un nuevo acelerador lineal, se realiza una puesta en marcha acelerada en un plazo de tres semanas, desde pruebas de aceptación hasta tratamiento del primer paciente.

La primera semana se dedica a la adquisición de los datos dosimétricos necesarios, y comienza el modelado de los algoritmos de cálculo, durante la segunda semana se comisionan los sistemas de imagen, comienzan las verificaciones de los modelos, se caracterizan las técnicas de modulación de intensidad, y comienzan las pruebas de verificación y redundancia. La tercera semana se dedica a verificaciones exhaustivas, caracterización de los sistemas de medida y comprobaciones finales.

Como medida de seguridad adicional y garantía de calidad se encarga una auditoría externa a un organismo independiente europeo de la calibración de los haces de radiación y de los tratamientos de modulación de intensidad más complejos. Esta auditoría externa consiste en la irradiación (en una única oportunidad) de detectores de radiación en condiciones determinadas de medida, y la simulación en un maniquí que emula un paciente de un tratamiento real que se mide mediante película radiográfica y dosímetros puntuales. Los detectores y películas se envían al centro auditor para su lectura y evaluación.

Evaluación y principales resultados

El resultado de los parámetros de calibración de los distintos haces de radiación se encuentra dentro del nivel óptimo de la auditoría (diferencias menores al 3%).

La distribución de dosis en dos tratamientos complejos, y en tres planos diferentes en cada tratamiento se encontró dentro de los parámetros óptimos.

Conclusiones

Es posible realizar en condiciones de seguridad y calidad óptimas una puesta en marcha acelerada de un acelerador lineal. En este proceso se considera que deben realizarse medidas redundantes para garantizar la calidad y fidelidad de las medidas realizadas.

UTILIDAD DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL ABORDAJE DEL INSOMNIO

Autores: SÁNCHEZ CAÑETE EM, DE DIOS GARCÍA M, PÉREZ PEIS G, ORTÍZ OSUNA D, POSTIGO ARRABAL S

Palabras clave: BENZODIACEPINAS, ADECUACIÓN, *CHECKLIST*.

Análisis de la situación y contexto

En nuestra zona de salud en transformación social, es frecuente el uso de benzodiazepinas como rutina del sueño. Las dificultades económicas, el acceso laboral, los problemas de vivienda, son preocupaciones presentes en la población general y en la nuestra en especial. En muchas ocasiones esto se traslada a una dificultad de conciliar el sueño.

El uso continuado de benzodiazepinas conlleva dependencia a este grupo así como problemas de interacciones, polimedicación y efectos adversos. La Atención Primaria es marco idóneo para la valoración y abordaje del sueño. La limitación en el tiempo por paciente es un riesgo para la seguridad de la prescripción farmacológica. La elaboración de una historia afectiva y la anamnesis en trastornos del sueño exigen preguntas abiertas, dirigidas y pautas motivacionales para conseguir que las medidas higiénicas formen parte del tratamiento.

Descripción de la intervención de mejora

Un recurso para el abordaje del insomnio es la utilización de una lista de verificación para la indicación y adecuación farmacológica. Cada facultativo ha contado durante 40 días, con un *check list*, en el que se recoge lo siguiente: Tiempo de evolución, fase de insomnio, hábitos previos al sueño, estado de ánimo, dieta, ejercicio, comorbilidades, polimedicación, uso de BDZ u otros psicotropos. Cada uno a su vez con varias opciones para seleccionar. Dos más relacionados con la actitud a seguir: higiene de sueño y/o Prescripción farmacológica de benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos o anticonvulsivantes.

Evaluación y resultados

Con una encuesta, se evalúa el grado de utilidad del *check list* entre los 9 profesionales del centro, incluyendo estas cuestiones: Utilidad en la adecuación del tiempo de consulta, calidad en la elaboración de la historia clínica, adecuación en la prescripción según necesidades, frecuencia mayoritaria aproximada de: prescripciones farmacológicas, higiénicas o ambas. Se ha obtenido un alto grado de satisfacción en cuanto a la utilidad del *check list*, así como en la calidad de historias y adecuación en la prescripción. En cuanto al manejo del insomnio, cinco de los nueve encuestados piensan que han empleado estrategias mixtas. Cuatro han empleado principalmente estrategias higiénicas.

Conclusiones

Se puede considerar que una lista de verificación para el abordaje del insomnio en Atención Primaria es de utilidad.

Contar con esta herramienta en Diraya, podría mejorar la seguridad en la prescripción de benzodiazepinas. Precisar un uso más prolongado, para poder concluir que mejora la indicación de terapias higiénicas frente a las farmacológicas.

LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: ANÁLISIS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. CDM 21, LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y EFECTOS TOXICOS DE FÁRMACOS

Autores: CORRALES LÓPEZ DE AHUMADA S, ROLDÁN RAMÍREZ LE, MONTESINOS VILLALBA MC

Palabras clave: INFECCIONES NOSOCOMIALES, SEGURIDAD PACIENTE, SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Introducción

Las infecciones nosocomiales (IN) son las complicaciones más frecuentes relacionadas y asociadas principalmente a procedimientos invasivos, infecciones por dispositivos o infecciones por microorganismos resistentes. Son aquellas que presenta el paciente dentro de su estancia hospitalaria y pasadas las 48 horas del ingreso. Representan uno de los mayores problemas graves de salud ya que elevan la comorbilidad del paciente, su estancia media y un aumento del coste hospitalario.

Objetivos

Conocer la tasa y evolución de las IN en los hospitales del SNS por el periodo comprendido entre 2012-2017 de la Categoría Diagnóstica Mayor 21 y cómo los sistemas de información aportan datos útiles para realizar estudios tanto epidemiológicos como estándares de mejora y seguridad.

Metodología

Se analiza el Registro de Altas Hospitalarias del CMDB de los hospitales del SNS, usando como criterio de agrupación la CDM 21, atendiendo a las variables de rango de edad, sexo, severidad y CCS (Clinical Classifications for Health Policy Research) del diagnóstico principal. Los datos se analizan para su representación gráfica en una hoja de cálculo.

Resultados

El total de altas con IN en el periodo estudiado fueron 183.160 de las cuales 7.293 (3,98%) correspondieron al CDM 21.

El grupo de edad de 45-64 y el de más de 75, representan la mayor incidencia con 2.521 y 1.838 casos respectivamente

El 39,5% fueron de severidad moderada, el 30.8% Mayor, el 15% Menor y el 14.3% de severidad Extrema.

Por sexos, los hombres representan un 53,72% de los casos frente al 46.28% de mujeres.

De los 17 CCS que engloba la CDM 21 el 238 "complicaciones de procedimientos quirúrgicos o atención sanitaria" con 6411 casos, el CCS 327 "complicación de dispositivo, implante o injerto" con 524 casos y el CCS 242 "intoxicación por otros medicamentos y drogas" con 103, representan los 3 primeros grupos de mayor prevalencia en toda la serie.

Conclusiones

De los 10 CMD con más prevalencia de IN la categoría diagnostica mayor 21 se encuentra en el 9º puesto, y ser hombre mayor de 45 años, someterse a procedimiento quirúrgico o necesitar de un dispositivo o implante, arrojan la mayor prevalencia de IN en toda la serie. Usar los Sistemas de Información como herramientas que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pone al alcance de todos es de gran valor para la identificación, el conocimiento y la evolución de los procesos asistenciales, y con ello desarrollar programas de mejora en la seguridad y la calidad asistencial.

CONOCIMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Autores: SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E, CORRERO-BERMEJO A, CORRERO-GARCÍA A

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, CONOCIMIENTOS, ESTUDIANTES, ENFERMERÍA.

Introducción

En 2011 la OMS recomendó que se promoviera, al estudiante que cursaba sus estudios en disciplinas sanitarias, la adquisición de competencias en materia de seguridad del paciente.

Objetivos

Conocer los conocimientos relacionados con la seguridad del paciente que poseen los estudiantes de enfermería.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio descriptivo a estudiantes de enfermería, en los meses de Noviembre y Diciembre de 2019. La participación fue voluntaria. Para la recogida de datos se hace uso de un cuestionario validado con 5 preguntas de 5 opciones de respuesta, valorando con un punto cada acierto. El punto de corte tomado como referencia son puntuaciones iguales o superiores a 4 puntos, lo que denotaría que la estudiante ha adquirido competencias en seguridad del paciente. Las variables cualitativas y cuantitativas se presentan de forma descriptiva. Posteriormente se realiza el test Chi-cuadrado para comparar si existe alguna diferencia estadísticamente significativa entre las estudiantes de los diferentes cursos académicos.

Resultados

Un total de 174 estudiantes participaron en el cuestionario, de ellos el 86,21% eran mujeres y el 13,79% hombres. La representación por curso académico fue de 45,98% del primer curso, 16,67% segundo curso, 17,82% tercer curso y 19,54% cuarto curso. El 62,64% no había realizado prácticas asistenciales, siendo el porcentaje de 32,36% las estudiantes que sí habían realizado o las estaban realizando en la actualidad.

El número de respuestas correctas por curso académico, así como el total se muestra en la tabla 1. El 8,6% del total de la muestra obtienen 4 respuestas correctas (punto de corte referido). Si tomamos como referencia el último curso para compararlo con los resultados obtenidos en el estudio de Mira y cols, se puede observar como nuestro resultado es muy superior al obtenido por estos autores (32,4% vs 7%). Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas acertadas y el curso académico ($p < 0,001$), así como el número de respuestas acertadas y la realización o no de prácticas ($p < 0,001$). Se pregunta si conocen el Observatorio de Seguridad del Paciente y el 91,38% responde no conocerlo.

Conclusiones

Los conocimientos en Seguridad del Paciente mejoran con el paso de los cursos académicos dentro del grado de enfermería.

La Seguridad del Paciente debe formar parte de una formación transversal dentro de los planes de estudio.

RESULTADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL BRIEFING EN URGENCIAS-OBSERVACIÓN

Autores: FIGUEREDO ALONSO G, CASTELLÓN SÁNCHEZ JJ, CORRAL SALVADOR C, FERNÁNDEZ MENSALES JM, RUIZ SALVADOR D

Palabras clave: BRIEFING, EQUIPOS DE SALUD, SEGURIDAD PACIENTE.

Introducción

Dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. El Briefing es una herramienta de comunicación que mejora la gestión del riesgo del paciente de urgencias-observación, es sencilla, útil para implantar mejoras en la seguridad, lo que garantiza la calidad de los cuidados en la unidad de gestión de urgencias. El Briefing es una herramienta esencial que facilita la comunicación en el equipo de trabajo, lo cual nos arroja resultados beneficiosos sustentados por evidencia científica, como es:

1. Incrementar la conciencia del equipo sanitario en materia de seguridad del paciente.
2. Crear un ambiente en el que el personal comparta información sin carácter punitivo.
3. Integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario, mejorando la calidad del cuidado.
4. Trabajar y potenciar la minimización de Eventos Adversos

Objetivos

Analizar los aspectos de seguridad más frecuentes identificados en el Briefing de Observación durante los últimos 6 meses.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo. Se toma una muestra aleatoria de 910 pacientes de los 8169 atendidos entre el 23/10/2020 y el 22/04/2021.

El Briefing se ha desarrollado en reuniones breves de no más de 10 minutos, con participación de todas las categorías profesionales, adaptándolo al mapa de riesgos de la unidad, tras sesiones informativas sobre la implantación en la unidad y con análisis de frecuencias absoluta y relativa y comparativa entre ellas.

Resultados

Los principales aspectos de seguridad identificados en el briefing han sido:

Respiratorio: 45,71%; Monitorización y Seguimiento Hemodinámico: 33,19%; Riesgo de Caídas: 29,78%; Alergias/Intolerancias: 27,03 %; Riesgo de Deterioro de la integrada cutánea: 24,74%; Neurológico: 17,47 %; Problemas de Comunicación: 17,25%; Medicación de Alto Riesgo: 12,86%; Hemoterapia: 4,84%; Contención (verbal-física): 4,62;

Conclusiones

La seguridad en la transferencia del paciente es imprescindible y debe constituir uno de los Objetivos fundamentales de la calidad asistencial.

El Briefing es una herramienta que nos ayuda a identificar los aspectos de seguridad a tener en cuenta para mejorar e intentar minimizar los eventos adversos que se puedan presentar en la Unidad de Urgencias-Observación, los cuales deben ser identificados y prevenidos para evitar las consecuencias que puedan derivarse de ellos. Es muy importante que en el Briefing participen todos los profesionales, sin distinción de categoría, que turno.

DETECCIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS

Autores: GONZÁLEZ DEL ROSARIO A, MENDOZA CORRO MA, PÉCULO CARRASCO JA, RODRÍGUEZ BOUZA M, JIMÉNEZ CORDERO JP

Palabras clave: TRASLADO AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS, HELICÓPTERO SANITARIO, SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Introducción

La asistencia sanitaria que se presta en los helicópteros de emergencias lleva implícitos riesgos específicos para la seguridad del paciente no contemplados en los mapas de riesgos realizados para los equipos de emergencias terrestres. Debemos tomar conciencia que la seguridad del paciente comienza con una correcta seguridad aeronáutica. Surge la necesidad de realizar un mapa de riesgos del transporte aéreo de pacientes críticos y proponer acciones de mejoras específicas, en base a la mejor evidencia científica disponible, para mejorar la seguridad de estos pacientes.

Objetivos

Identificar riesgos específicos relacionados con la asistencia sanitaria que se presta en el transporte aéreo de pacientes críticos en helicóptero y proponer acciones de mejoras.

Metodología

Se creó un equipo de trabajo de expertos en el transporte aéreo de pacientes críticos. Se revisaron los incidentes de seguridad relacionados y notificados en los últimos 10 años. Se realizó un análisis prospectivo y sistemático para la identificación y prevención de eventos adversos, dentro del proceso del transporte aéreo de pacientes críticos (análisis modal de fallos y efectos, AMFE de Proceso). Esta técnica para la gestión de riesgos nos permitió identificar, evaluar y prevenir los posibles fallos, así como proponer acciones de mejoras para disminuir los riesgos asociados al transporte aéreo de paciente críticos.

Resultados

Se detectaron 10 riesgos específicos para la seguridad del paciente en el transporte aéreo de helicóptero, relacionados con: relevos no presenciales, dispositivos electromédicos, distribución de la carga, comunicaciones durante el vuelo, limitaciones de peso y espacio, elementos de protección directa para el paciente aerotransportado, *Check list* previo al vuelo, administración segura de medicamentos, transferencia del paciente, limpieza, desinfección y reposición de la aeronave. Se diseñaron e implementaron acciones de mejoras para cada riesgo detectado, dando respuesta también a los incidentes de seguridad reportados.

Conclusiones

Se constata que existen riesgos específicos en el transporte aéreo. Algunos riesgos ya habían sido detectados por los profesionales, pues la cultura de la seguridad lleva trabajándose durante años y está dando sus frutos. Se recogen, amplían y actualizan todas las acciones de mejoras para cada riesgo detectado, con la finalidad de establecer estándares y protocolos de seguridad para la organización y extrapolables a ámbitos similares. Es necesario seguir trabajando en este campo y poder implementar las mejoras necesarias para aumentar la seguridad del paciente aerotransportado.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

Autores: QUESADA SÁNCHEZ T, MARÍN MANZANO EM, USACH FRESNEDA P, CARMONA GUERRERO AC, SALVADOR RUIZ F

Palabras clave: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, FORMACIÓN EN ENFERMERÍA, CUIDADO, HUMANIZACIÓN.

Objetivos

Evaluar los conocimientos sobre cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería durante su práctica diaria hospitalaria.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, para medir los conocimientos respecto a la cultura de seguridad del paciente en el área de hospitalización. La muestra de estudio está constituida por los profesionales de enfermería de la unidad. Consta de 4 sesiones distribuidas 1 sesión/semana de 45 minutos, durante 2 meses. Las variables estudiadas son sociodemográficas y de conocimientos sobre percepción sobre prevención de errores, notificación de eventos adversos en el observatorio de seguridad, introducción de mejoras necesarias en el sistema para la prestación de cuidados, incremento del trabajo en equipo para fomentar una mayor seguridad del paciente. Cuestionario de elaboración propia por el equipo investigador autoadministrado, participación anónima y voluntaria, constituido por una encuesta pre y post conocimientos. El análisis de los datos se realiza con el programa estadístico IBM-SPP Vv.21, calculándose frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media $\pm$ desviación típica para variables cuantitativas. A nivel ético, los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado.

Resultados

En el estudio participaron 48 enfermeras, se analizaron 45 encuestas. Un 75% de las profesionales refieren una percepción positiva con respecto a la conducta de prevención de errores, frente a un 25% que describen una percepción negativa. Un 25% conoce el sistema de notificación de eventos adversos dentro del observatorio del SSPA frente a un 75% que lo desconoce. El 88,8% refieren la importancia de implementar mejoras dentro de la unidad para fomentar la seguridad del paciente, frente a un 11,11% que no lo cree necesario. El 84,44 % de las enfermeras consideran que el trabajo en equipo incrementaría la seguridad en su práctica asistencial, frente a un 15,55% que consideran el trabajo en equipo un obstáculo.

En la encuesta post-conocimiento un 97.72 % de los profesionales, señala positivamente la participación en estas sesiones para aumentar sus conocimientos sobre la cultura de seguridad dentro su práctica asistencial.

Conclusiones

La cultura de seguridad se debe fomentar dentro de una misma organización, con el fin de perseguir un objetivo común, que implica la formación continuada para los profesionales en materia de seguridad.

POSIBLES EFECTOS ADVERSOS EN LA APLICACIÓN DE LA PUNCIÓN SECA SOBRE LA COLUMNA DORSAL

Autores: DOMÍNGUEZ VERA PA, DOMÍNGUEZ VERA JA, CARRASCO GUERRERO M

Palabras clave: FISIOTERAPIA, PUNCIÓN SECA, EFECTO ADVERSO, SEGURIDAD, DOLOR MIOFASCIAL

Objetivos

La técnica de punción seca es utilizada comúnmente para el tratamiento de puntos gatillo en personas con dolor miofascial, pero actualmente existe una escasez en la literatura científica sobre los efectos adversos asociados a dicha técnica en la columna dorsal. Los fisioterapeutas y otros profesionales de la salud deben conocer los riesgos asociados con la punción en esta región y tener cuidado de minimizar los posibles efectos adversos. Nuestro objetivo fue determinar e informar del tipo de eventos adversos asociados a la utilización de punción seca en la región de la columna dorsal.

Metodología

Estudio observacional prospectivo. En el estudio participaron 316 fisioterapeutas españoles con una formación en punción seca superior a 150 horas. Se recabó la información relacionada con los eventos adversos que ocurrieron durante las 3.233 sesiones de tratamiento con punción seca en la región dorsal. A cada fisioterapeuta se le solicitó que completara una encuesta electrónica con reportes cada semana durante un período de 3 meses. El contenido de la encuesta incluyó tanto eventos adversos leves (dolor, sangrado, hematomas), como eventos adversos graves (es decir, neumotórax, sangrado excesivo, infección). Después del período de 3 meses, se utilizó estadística descriptiva para analizar los eventos adversos asociados con punción seca respecto a variables demográficas y calcular las frecuencias de dichos eventos.

Resultados

Se reportó un total de 950 efectos adversos leves, lo que indica que el 29,38% de los tratamientos con punción seca en la región dorsal resultaron en un efecto adverso leve. Los tres principales fueron sangrado (11%), hematomas (6,3%) y dolor durante la punción seca (12,08%). La proporción promedio de efectos adversos leves para todos los encuestados durante todas las semanas fue de 0.33 o aproximadamente un evento por cada tres pacientes. Se notificaron 3 efectos adversos graves de los 3.233 tratamientos realizados; una tasa menor al 0,1% (1 por 1.110 pacientes tratados). No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la frecuencia de eventos adversos y el número de pacientes tratados, edad del fisioterapeuta, nivel de formación, años de práctica o tiempo de experiencia utilizando la técnica.

Conclusiones

Los efectos adversos leves fueron los más comunes durante la punción seca en la región dorsal. Los fisioterapeutas deben ser conocedores de las particularidades anatómicas y los riesgos de la punción seca en la región dorsal. Según este estudio, el riesgo de evento adverso grave tras la aplicación de punción seca es bajo.

IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL USO DE NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES ORALES EN UN DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: SÁNCHEZ DÍAZ JM, REAL DOMÍNGUEZ MM

Palabras clave: NACOS, SEGURIDAD, PRIMARIA, PACIENTE.

Objetivos

Los nuevos fármacos anticoagulantes orales (NACOs), inhibidores directos de la trombina o del factor Xa, ofrecen alternativas a los antagonistas de la vitamina K para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica.

Nuestro objetivo se centra en analizar el impacto en la seguridad del paciente del uso de los NACOs en Atención Primaria, evaluando el posible desplazamiento de la heparina (y derivados) y de los anticoagulantes cumarínicos orales.

Metodología

Los datos se han obtenido a través de la facturación de recetas procedentes de un Distrito de Atención Primaria analizando los siguientes subgrupos terapéuticos: Antagonistas de la vitamina K (B01AA), Grupo de la heparina (B01AB), Inhibidores directos de la trombina (B01AE), Inhibidores directos del factor Xa (B01AF) y Otros antitrombóticos (B01AX) mediante la herramienta MicroStrategy®.

Posteriormente, los datos obtenidos se han procesado y tratado con el programa Excel 2010 y la aplicación para análisis estadístico R.

El periodo de análisis ha sido de doce meses comprendidos entre julio de 2018 y agosto de 2019.

Resultados

La población TAE (población con tarjeta sanitaria individual ajustada por edad) objeto de nuestro estudio correspondiente a un Distrito sanitario de Atención Primaria es de aproximadamente 364.931 habitantes (dato a agosto de 2019), distribuyéndose en doce Unidades de Gestión Clínica.

La utilización de los NACOs (Rivaroxabán, Apixabán, Edoxabán y Dabigatran) en nuestro ámbito de referencia durante el periodo estipulado del estudio, según la facturación de recetas, se traduce en el 7.42% del total de recetas de anticoagulantes.

En cambio, las recetas facturadas correspondientes a los anticoagulantes cumarínicos orales y a las heparinas (y derivados), y por tanto a su empleo en Atención Primaria, equivale al 89.38%.

Conclusiones

Los NACOs ofrecen importantes ventajas farmacológicas potenciales sobre los anticoagulantes convencionales y tienen un perfil de seguridad global favorable, siendo una baza a favor respecto a la seguridad de los pacientes, pero aun la experiencia con estos nuevos fármacos es limitada y la reversión de su acción es problemática debido a que no disponemos de antidotos específicos, por lo que su utilización plantea numerosas cuestiones prácticas.

Bajo esta premisa hemos analizado su utilización en Atención Primaria, concluyendo que, a día de hoy, su empleo está avanzando paulatinamente, aunque es significativamente menor que los anticoagulantes tradicionales.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES SANITARIOS

Autores: SÁNCHEZ SÁNCHEZ E, GUTIÉRREZ SERRANO M, MARTÍN-ARROYO BELTRÁN AM, ROJAS CORRERO M

Palabras clave: SEGURIDAD, CONOCIMIENTOS, SANITARIOS.

Introducción

La Seguridad del Paciente es la piedra angular sobre la que se fundamenta la asistencia sanitaria. La opinión del personal ayuda a los gestores a llevar las medidas oportunas para mejorar en este campo.

Objetivos

Conocer la opinión de los profesionales sanitarios de nuestras unidades relacionada con la seguridad del paciente y posibles incidentes.

Metodología

Se lleva a cabo un estudio descriptivo a profesionales sanitarios en el mes de enero de 2020. Para la recogida de datos se hace uso de un cuestionario validado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Este cuestionario consta de 42 preguntas divididas en tres secciones (A= Servicio/unidad, B= Hospital y C= comunicación en su Servicio/Unidad) y una sección de información complementaria (profesión, categoría...). La respuesta sigue un patrón tipo Likert con 5 opciones del 1 al 5 donde 1 significa muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo.

Resultados

Se realiza un total de 53 cuestionarios. Entre las categorías profesionales, la más prevalente es la enfermería con un 50,94% seguido de los TCAES con un 41,50%.

Dentro de la sección A los porcentajes a preguntas sobre el apoyo mutuo entre profesionales, el respeto y que a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, presentan un mayor porcentaje de profesionales muy de acuerdo (37,33%, 41,51% y 35,85%). En el otro extremo se encuentra el ítem de si hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, donde el 37,73% de los encuestados refiere estar muy en desacuerdo.

En relación a la sección B, el porcentaje de encuestados en desacuerdo aumenta en casi todos los ítems, siendo mas prevalente en los ítems sobre cambios de turno y la pérdida de información (58,49%), y que dicho cambio es problemático entre los diferentes servicios (47,17%)

En la sección C el 32,07% refiere estar muy de acuerdo en que si el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad (32,07%). El 11,32% refiere estar muy en desacuerdo en el ítem relacionado con el personal y el temor a realizar preguntas sobre lo que se ha hecho de forma incorrecta.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios están concienciados en que la Seguridad del Paciente es la base de la asistencia sanitaria.

Dentro de las unidades asistenciales se percibe que la carga de trabajo y la falta de personal impiden mejorar la seguridad del paciente.

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN SALUD BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, UNA PROPUESTA PIONERA

Autores: VELA CEREZO CJ, VILLADA VALLEJO S, BAÑA SOUTO MS

Palabras clave: CIRUGÍA, ODONTOLOGÍA, ORAL.

Análisis de situación y contexto

El listado de verificación quirúrgica es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Si bien está extendido su uso en el ambiente hospitalario, no lo está en Atención Primaria y menos en Salud Bucodental donde el 70% de nuestra práctica asistencial consiste en la realización de cirugía.

En la complejidad de una consulta, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de la misma, la presión asistencial, el poco tiempo del que se dispone para el acto quirúrgico...

No existe ninguna adaptación del listado de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud a la Cirugía Oral con la finalidad última de reforzar las prácticas seguras reconocidas al disminuir la posibilidad de eventos adversos por variabilidad en la práctica clínica, olvidos de pasos esenciales, errores en la identificación del paciente o la cirugía, motivo por el que desde la Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental, a través de la comisión de Calidad y Seguridad se decide realizar la adaptación del mismo.

Descripción de la intervención de mejora

Haciendo uso de la herramienta del observatorio de Seguridad del Paciente para la obtención del distintivo "Prácticas Seguras en Cirugía", realizamos la adaptación local del listado de verificación quirúrgica con la finalidad de conseguir un listado fácil de cumplimentar pero que a su vez recoja las peculiaridades y dificultades de la cirugía oral.

Evaluación y resultados

Somos la primera unidad de Salud Bucodental que ha conseguido el Distintivo, lo que nos ha valido ser reconocidos además como centro mentor para favorecer la inclusión de este listado a la práctica asistencial habitual en la Salud Bucodental de Andalucía.

Conclusiones

No parece improbable caer en la tentación de pensar que la utilización de un listado de Seguridad en Cirugía Oral pueda suponer una carga de trabajo adicional poco relevante para la seguridad del paciente, pero nuestra experiencia nos ha hecho ver la importancia de implantar esta herramienta, teniendo en cuenta además la ausencia de experiencia previa en el uso de un *checklist* de seguridad, por lo que tenemos la responsabilidad y el reto de demostrar que es un instrumento útil.

Velar por la seguridad de nuestros pacientes no es una moda sino una obligación en todo tipo de actuación sanitaria y la cirugía oral no puede estar al margen de este compromiso.

MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: DE LA TORRE GÁLVEZ IM, ZAMUDIO SÁNCHEZ A, JIMÉNEZ FERNÁNDEZ MS, ROJAS GUZMÁN MS, VÁZQUEZ TORRES VM

Palabras clave: SEGURIDAD CLÍNICA, BUENAS PRÁCTICAS, MONITORIZACIÓN DE PROCESOS, CUADRO DE MANDOS

Análisis de situación y contexto

Nuestro centro tiene una cartera asistencial de primer nivel de complejidad. Integrado por 36 especialidades, estructuralmente se compone de 5 pabellones, algunos con una dispersión de varios kilómetros.

Estas características y volumen de atención dispensada hacen que la homogeneización en las prácticas seguras se torne debilidad.

En esta línea, el centro trabaja el control del uso seguro del medicamento, revisión de carro de parada, identificación del paciente y prácticas seguras en prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS), entre otras.

Las auditorías de los últimos años desprenden como área de mejora la necesidad de una monitorización única que facilite su abordaje.

Descripción de la intervención de mejora

Se ha diseñado un cuestionario digital para evaluar las buenas prácticas en seguridad del paciente. Dicho cuestionario posee tres áreas:

- Uso seguro del medicamento (protocolos de manejo de medicación, almacenamiento y caducidades, revisión y registro).
- Carro de parada (protocolo, registro de revisiones, estanqueidad, etc.)
- Buenas prácticas en seguridad del paciente en IRAS y prevención de incidentes de seguridad (identificación inequívoca, dispositivos venosos, oxigenoterapia, catéteres urinarios y caídas).

Estos apartados se desglosan en 74 ítems cumplimentados por cargos intermedios de cada unidad con frecuencia mensual, recepcionada para su análisis por la subdirección de enfermería mediante un cuadro de mandos generado automáticamente.

La fecha de implantación ha sido final del primer trimestre de 2021, incluyendo en una primera ronda piloto a 16 unidades asistenciales con 28 servicios funcionales.

Evaluación y resultados

En este mes de implantación se han cumplimentado 17 cuestionarios, objetivando la ausencia de protocolos unificados y accesibles en varios servicios, conllevando a una heterogeneidad a la hora de abordar los distintos procesos.

Conclusiones

La monitorización en un solo registro de todas las áreas asistenciales del centro ha permitido, en primera instancia, conocer las que adolecen de una protocolización de buenas prácticas en la seguridad del paciente y sus distintos procesos y ha permitido centrarse en las mismas para resolver deficiencias y marcar una estrategia de implantación.

A partir de aquí, una vez establecida la consolidación general de los protocolos, se podrán detectar desviaciones en las buenas prácticas establecidas y que precisan desarrollo en las unidades/servicios identificados como "inestables".

Este primer análisis nos ha demostrado la eficacia de monitorizar todas las unidades en un solo cuadro de mando detectando ágilmente desviaciones y áreas afectadas, mejorando el tiempo de respuesta en su resolución.

ANTICIPACIÓN A PROBLEMAS ASISTENCIALES MEDIANTE CUADRO DE MANDOS ACTUALIZADO EN PANDEMIA COVID

Autores: DIÉGUEZ SERRANO M, MONTILLA LÓPEZ C, GARCÍA GARMENDIA JL, CASTEJÓN OJEDA MP, ALEMANY LASHERAS FJ

Palabras clave: INFORMACIÓN, INDICADOR, CUADRO MANDOS

Análisis de la situación y Contexto

La pandemia COVID-19 ha motivado que el personal asistencial se encuentre sin referencias sobre la evolución clínica y las necesidades asistenciales que implica. Es necesaria una herramienta que recopile la experiencia que se produce día a día en el estado de los pacientes, que se adapte al escenario diagnóstico y terapéutico cambiante y nos permita tener una visión global y anticiparnos en la toma de decisiones.

Descripción de la intervención de mejora

Proyecto realizado en un hospital comarcal de 200 camas (8 de UCI ampliadas hasta 24). Desde el 27/2/2020 se inicia el envío periódico de información y el 30/3/2020 se instaura el Cuadro de mandos (CM), con la colaboración de personal asistencial, dirección, laboratorio e informática. Se desarrollan indicadores numéricos y gráficos basados en la información oficial, que son enviados dos veces al día a los profesionales encargados de la toma de decisiones. El cuadro muestra datos de evolución gráfica de la pandemia, ocupación en planta, urgencias y UCI, información de negativizados, tipo de oxigenoterapia en planta, ingresos y altas las 24 h previas, pacientes en domicilio en seguimiento telefónico, presión COVID-19 la última semana, unidades asistenciales disponibles por área con ocupación COVID y No COVID, hospitalización por tramos de edad, incidencia por localidades e indicadores de estancia por área.

Evaluación y resultados

El CM requiere 7 actualizaciones de criterios o contenidos. En un corte a 19/04/2021, observamos: 1.976 positivos en COVID-19 de las cuales 36 seguían ingresadas, con 720 altas, 148 Exitus y 1.108 no hospitalizadas. Había mayor frecuentación entre 61-80 años. La presión por COVID-19 se mantenía estable en los siete días previos al corte efectuado. Las medianas de estancia de los supervivientes fueron de 8,6 días en hospitalizados y 7,9 en UCI. Y las de los exitus fueron de 6,5 días en hospitalizados y 20,3 en UCI. Había 12 camas UCI habilitadas con 7 COVID-19. En planta había 16 pacientes con Oxigenoterapia, 2 de ellos con altos requerimientos, y 14 pacientes en seguimiento telefónico con 2 casos nuevos.

Conclusiones

La implantación de un cuadro de mandos específico de seguimiento en pandemia, permite conocer el curso de la enfermedad, planificar necesidades de recursos, evaluar la carga asistencial y los resultados globales en salud, ofreciendo información continuada en el tiempo. La realidad cambiante de los criterios de enfermedad y de manejo han exigido una actualización permanente de los parámetros de cálculo.

EXPERIENCIA Y ANÁLISIS DEL BRIEFING EN UNA UNIDAD DE PEDIATRÍA: UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA PARA LA TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE

Autores: GARCÍA RÍOS MR, VERA HERNÁNDEZ S, HERNÁNDEZ CORRAL IM, RUBIO GÓMEZ I, GARCÍA INIESTA I

Palabras clave: BRIEFING, PEDIATRÍA, COMUNICACIÓN, SEGURIDAD, TRANSFERENCIA.

Análisis de la situación y contexto

Los fallos en la comunicación entre profesionales o que no sea efectiva se ha identificado como la principal causa de problemas de seguridad. Es importante que utilicemos una herramienta que facilite esa comunicación y que aumente la Cultura de Seguridad en el personal sanitario. Esta herramienta son los denominados BRIEFING, reuniones informativas, cortas (no deben durar más de 5-10 minutos) y multidisciplinarias. Están orientados para discutir sobre riesgos potenciales para los pacientes o eventos acaecidos en la práctica diaria.

Descripción de la intervención de mejora

En nuestro servicio, creamos un grupo de trabajo multidisciplinar, cuya misión es la promoción de actuaciones para la mejora de la Seguridad del Paciente Pediátrico. En el año 2018 comenzamos con la implantación del Briefing, realizamos 2 sesiones acreditadas por la ACSA para difusión de la herramienta y formación de los profesionales. Realizamos el Briefing en el relevo del turno de noche-mañana, participamos 3 diplomados de Enfermería, 2 TCAES y 1 Pediatra. Disponemos de un documento en el que quedan registrados todos los aspectos más relevantes, relacionados con la seguridad del niño/a ingresado.

Evaluación y resultados

Hemos llevado a cabo la revisión del registro briefing desde el año 2019 hasta Abril 2021 y el análisis de todos los datos para la creación de estrategias correctoras y medidas de prevención. De dicho análisis hemos obtenido que los riesgos que más se han registrado, han sido la falta de pulsera identificativa del niño al ingreso y el riesgo de caídas. Con respecto al riesgo de caídas, hemos elaborado y puesto en marcha un Protocolo en la Unidad. Además hemos observado, cómo a lo largo de este tiempo la realización del briefing y su registro por parte del personal ha aumentado considerablemente.

Conclusiones

Implantar estrategias de mejora que reduzcan los riesgos derivados de la práctica asistencial durante la hospitalización del niño. Difusión de la Cultura de la Seguridad del Paciente, mediante la creación de equipos multidisciplinarios entrenados y a la formación en seguridad del equipo asistencial. Fomentar una organización transparente en Seguridad del paciente no punitiva, que facilite la comunicación de Eventos Adversos y desarrolle una política de prevención. Este trabajo genera confianza y seguridad en la resolución de los problemas de salud de la ciudadanía y permite el desarrollo profesional.

IMPLEMENTACIÓN DEL CARRO VÍA AÉREA SEGÚN EL ALGORITMO *DIFFICULT AIRWAY SOCIETY* EN NUESTRO CENTRO

Autores: SEVILLA CAPILLA M, TERREU SERRANO M, RODRÍGUEZ GUERRERO R, VASCO MOHEDANO V, CAÑUELO CORDERO M

Palabras clave: SEGURIDAD, CARRO, VAD, VIDEOLARINGOSCOPIO, DAS.

Análisis de la Situación y Contexto

El manejo de la vía aérea (VA) es uno de los mayores retos del anestesiólogo. Las estrategias para abordarla dependen del entorno, la disponibilidad de medios y la experiencia de los profesionales. Por ello, el tratamiento de la VA debe basarse en guías universales, como la guía de la *Difficul Airway Society* (DAS). Nuestro hospital es un complejo hospitalario de tercer nivel con un amplio bloque quirúrgico (34 quirófanos, una Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos y seis Unidades de Recuperación Postanestésica) y por ello planteamos el objetivo de mejorar la calidad y seguridad en el abordaje de la VA, elaborando un carro organizado según la guía DAS.

Descripción de la intervención de mejora

Revisamos la última guía de la DAS para el manejo de la intubación difícil no prevista, elaboramos un esquema basado en cuatro planes (A, B, C, D) y compramos carros con cuatro cajones. En cada cajón imprimimos un vinilo con ayudas cognitivas basadas en el material y el algoritmo de VAD y empleamos la plataforma de nuestro hospital para difundir un plan de formación a profesionales.

Evaluación y resultados

El plan A (primer cajón) representa la intubación, la optimización de posición del paciente e imágenes del empleo de videolaringoscopios. El plan B (segundo cajón) representa el empleo de dispositivos supraglóticos (DSG) y la ventilación a través de ellos; especificando los DSG disponibles y sus usos. El plan C (tercer cajón) representa la ventilación con mascarilla, así como la consideración de despertar al paciente. El último cajón, el plan D, se reserva para la situación en la que hubiera que realizar una técnica de acceso cervical invasivo con un set de cricotiroidotomía. Se introdujo inicialmente en el bloque quirúrgico infantil, y de ahí se extrapoló al resto de unidades, incluyendo las áreas fuera de quirófano, instaurando finalmente un total de 15 carros.

Conclusiones

El carro ha tenido una excelente acogida por los profesionales implicados en el manejo de la vía aérea. Se sienten más seguros siguiendo las ayudas cognitivas de los vinilos del carro. Esto ha revolucionado la visibilidad, universalidad y calidad en la atención de las situaciones de VAD y ha facilitado su puesta a punto y mantenimiento.

INTERVENCIONES ENFERMERAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: INNOVANDO EN CUIDADOS PARA LIDERAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: CORDERO GÓMEZ AA, CRUZ GARCÍA LM, GARCÍA LIZARRALDE F

Palabras clave: ENFERMERÍA, REGISTRO, SEGURIDAD, CUIDADOS, ANTIPSICÓTICO

Análisis de la situación y contexto

La Enfermería, en la sociedad actual, presta un servicio social basado en la cobertura de las necesidades de autocuidados que las personas, en ciertos momentos de su vida, no son capaces de cubrir por sí mismas.

Enfermería no es solo el servicio que presta en un momento concreto, sino también el que puede y debe prestar, está obligada a innovar su actividad profesional de cuidados en un entorno social y temporal.

La pandemia ha ocasionado alteraciones anímicas en un sector de la población, las cuales ha provocado en los usuarios una reducción de asistencia a las consultas programadas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria –USMC.

Por ello la Enfermera de la USMC ha informado a los pacientes con prescripción de tratamiento parenteral de la necesidad de mantener la adherencia al tratamiento establecido y la vinculación con los dispositivos de salud, acordándose la asistencia al Centro de Salud de Atención Primaria –CS AP- de su localidad para la administración de la pauta parenteral prescrita, evitando el traslado a la USMC, la consiguiente ansiedad por los desplazamientos y el riesgo de contagio.

Esta situación genera en los profesionales referentes de la actividad asistencial de estos usuarios una ausencia de información sobre el cumplimiento del tratamiento prescrito. Por ello se ha establecido un proyecto de innovación en Cuidados Enfermeros para liderar la seguridad del paciente, evitando conductas de riesgo en situación de pandemia y de abandono del tratamiento parenteral en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave –TMG–

Descripción de la intervención de mejora

Se establece una metodología de seguimiento telemático del cumplimiento del tratamiento en pacientes diagnosticados de TMG con medicamento antipsicótico parenteral con el objetivo de asegurarse la administración regular de la pauta prescrita y mantener la estabilidad psicopatológica del propio enfermo.

Evaluación y resultados

Tras nueve meses de seguimiento telemático del tratamiento en pacientes diagnosticados de TMG con medicación parenteral se ha observado en la Historia de Salud Digital del usuario el registro de la administración de la pauta parenteral del tratamiento prescrito en la totalidad de los pacientes con los que se ha acordado su administración en el CSAP.

Conclusiones

Como resultado se concluye que el seguimiento telemático del cumplimiento del tratamiento parenteral en pacientes diagnosticados de TMG de forma continuada favorece la estabilidad de los usuarios de la misma, genera seguridad en el paciente y disminuye su hospitalización.

LA CONCILIACIÓN CON ALERTAS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (MAR) EN LAS TRANSICIONES DEL PACIENTE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DURANTE EL PROCESO HOSPITALARIO

Autores: LÓPEZ SÁNCHEZ T, NAVARRO GARCÍA V, LADRÓN-GUEVARA GARCÍA M

Palabras clave: CONCILIACIÓN, TRANSICIONES, TRATAMIENTO, MAR, CRÓNICOS, POLIMEDICACIÓN, ADHERENCIA.

Análisis de la situación y contexto

Las transiciones del paciente en el proceso hospitalario (PH) son puntos vulnerables de errores en la medicación (EM) por omisiones, duplicidades y frecuente prescripción de MAR, cuyas consecuencias pueden causar daños graves o incluso mortales en pacientes con perfil prevalente de polimedicación, cronicidad y comorbilidad asociada.

Con el objetivo general de mejorar la seguridad del PH en la prevención de Eventos Adversos (EA) relacionados con la medicación los objetivos específicos son:

- Dar a conocer el procedimiento base de conciliación de toda la medicación prescrita.
- Incorporar alertas sobre MAR en protocolos y recomendaciones al alta al domicilio.

Descripción de la intervención de mejora

Diseño de un Procedimiento estandarizado y recomendaciones según Guías de Práctica Clínica.

Población diana: Paciente/cuidador en proceso de hospitalización.

Reunión interdisciplinar: enfermeros experimentados en manejo de medicación multiple/MAR, farmacéutico, miembro Comisión/referente UGC Seguridad con consenso en uso del Cuestionario de autoevaluación del ISMP-España.

Seguimiento etapas de conciliación evaluable: ingreso/reingreso (de urgencias/programado), transiciones intrahospitalarias y alta domiciliaria.

Análisis de las Buenas Prácticas/Prácticas Seguras sobre MAR.

Análisis metodológico de la intervención NIC interdisciplinar/educativa 2380-Manejo de la medicación, 7370-Planificación del Alta con responsabilidad del paciente en el seguimiento terapéutico.

Conciliación máxima en las primeras 24h desde ingreso o traslado acortando tiempo en MAR y específicos de riesgo (conciliar <4h).

Evaluación y resultados

Edición/difusión del procedimiento con:

- Lista de CM(LCM) al ingreso: con historia farmacoterapéutica de referencia ambulatoria .
- LCM en las transiciones: modificaciones en prescripciones activas.

LCM en el informe de alta a paciente /cuidador junto con:

- Recomendaciones sencillas incluyendo el consejo nutricional, ejercicio y estilo de vida.
- Información específica sobre MAR (lista proyecto MARC) paciente crónico/cuidador con medidas/precauciones para evitar errores y utilización segura tras el alta.

Checklist de verificación ausencia de errores, discrepancias justificadas o no.

Inclusión alertas Informatizada sobre MAR (icono) con apoyo de:

Lista impresa, directrices de actuación de MAR (y antídotos) hospitalaria, destacando: insulinas, opiáceos, heparinas, sales de potasio inyectables y CLNa> 0,9%, citostáticos, agonistas adrenérgicos, Ca/Mg IV, hipoglucemiantes/anticoagulantes orales, lidocaína, bloqueantes neuromusculares.

Registro evoluciones criterios NOC relacionados con diagnósticos NANDA: 00126-Déficit de conocimientos/ 0078-Gestión ineficaz de la salud.

Conclusiones

La Conciliación Medicación con incorporación de alertas sobre MAR ayuda a ejecutar los protocolos con concienciación profesional sobre los riesgos y consecuencias de EA ofreciendo unos cuidados más seguros con participación activa del paciente que beneficia la adherencia al alta hospitalaria.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE ANDALUCÍA ORIENTAL FRENTE A LA COVID19

Autores: AGUILAR CASTILLO MJ, POZO GIRÁLDEZ A, JUNCO GÓMEZ MC, YAHYAOUI MACÍAS R

Palabras clave: CRIBADO, NEONATAL, COVID19

Introducción

La pandemia por la COVID-19 supuso una amenaza en el correcto desarrollo del Programa de Cribado Neonatal (PCN) en Andalucía. El 18 de marzo de 2020 se modificó la estrategia de toma de muestra para disminuir el impacto sobre el desarrollo del programa. De esta manera, se instó a los Hospitales a realizar la prueba de talón antes del alta hospitalaria. Antes de esta fecha, las indicaciones incluían la toma de muestra entre el tercer y quinto día de vida de forma ambulatoria.

Objetivos

Evaluar el impacto de la epidemia por la COVID-19 sobre el PCN en Andalucía Oriental en relación a la toma de muestra y tiempo de recepción por nuestro laboratorio.

Metodología

Obtenemos los datos de los periodos entre marzo y diciembre de los años 2019 y 2020 de la base de datos de screening neonatal andaluza (SISI).

Resultados

En el periodo de 2019 especificado anteriormente se cribaron en nuestro laboratorio 28.034 recién nacidos (rn). Al 98.96% se les realizó el estudio de cribado completo. En el mismo periodo del año 2020 el número de rn fue de 26.371, con un 98.88% de casos de cribado completado.

En cuanto al tiempo de retraso entre la fecha de nacimiento, la de extracción y la llegada al laboratorio de las muestras, se calcularon el tiempo medio para cada periodo de 2019 y 2020 y se obtuvieron los siguientes resultados:

- Intervalo entre la Fecha de Nacimiento y de extracción: media de 3 días en 2019 y 2 días en 2020.
- Intervalo entre la Fecha de extracción y de llegada al laboratorio: media de 4 días en 2019 y de 5 días en 2020.

El número de muestras no válidas para análisis en ambos periodos fue de un 3.9% en el 2019 y 4.01% en el 2020.

Por otro lado, en 2020 hubo un incremento del 35.4% en los casos de negación de pinchazo con respecto al mismo periodo de 2019.

Conclusiones

Nuestro estudio demuestra la fortaleza del PCN en Andalucía Oriental gracias a las medidas implementadas, consiguiendo mantener el porcentaje de rn cribados. Se ha detectado un ligero aumento de muestras no válidas, de negación de pinchazo así como en el retraso de llegada al laboratorio probablemente debidas al contexto socio-sanitario derivado de la pandemia.

LA TELEFARMACIA NUESTRA NUEVA GRAN AMIGA

Autores: LADRÓN DE GUEVARA EE, GÁNEZ TORRES D, TEJEDOR TEJADA E

Palabras clave: TELEFARMACIA, COVID-19, CIRCUITO.

Objetivos

Evaluar el circuito de telefarmacia implantado como respuesta frente la crisis sanitaria por COVID-19, tras identificar los procesos donde se pueden producir errores de medicación y así evitarlos.

Metodología

Contabilización de pacientes beneficiarios de la telefarmacia, registro de medicación que requieren refrigeración y temperatura ambiente, identificación de procesos propensos a provocar errores de medicación y métodos para evitarlos, durante 8 semanas.

Circuito y puntos críticos: siendo el día 0 el día de la cita del paciente con la consulta de farmacia, el día -2 se produce la consulta farmacéutica por teléfono (primer punto crítico): 1. Identificación del paciente y confirmación de sus datos personales: nombre completo y domicilio, 2. Confirmación del tratamiento y pauta. Elaborar hoja de dispensación con la medicación y cantidad correcta (segundo punto crítico) y próxima cita. El día -1, se prepara el paquete (tercer punto crítico), incluye: medicación, cita y se identifica el paquete con los datos del paciente. Se almacenarán en nevera o temperatura ambiente según corresponda (cuarto punto crítico). Para evitar los errores de medicación se hacen cuatro validaciones, correspondientes con los puntos calientes. El farmacéutico valida 1. nombre y dirección del paciente, 2. Medicación y cantidad correcta, 3. cita en el paquete y 4. correcto almacenaje hasta el día de la cita en la farmacia, día 0. Se añade quinto punto de control en el momento de la entrega a la empresa de transporte, se confirman número de paquetes y condiciones de almacenaje. La empresa de transporte los almacena hasta el día +1, cuando se procede al reparto de la medicación al paciente.

Resultados

En el plazo de 8 semanas se contabilizan 3.908 citas, de las cuales 1.670 (46,70%) corresponden a telefarmacia, de las 1.670 citas de telefarmacia 1.545 (92,51%) implican envío de medicación. De los 1.545 envíos de medicación 766 (49,58%) correspondieron a medicación de frío y 779 (50,42%) fueron envíos de medicación de temperatura ambiente. En todo el proceso solo se notificó 1 error, tasa de error 0,06%, que supuso la recepción de la medicación un día después.

Conclusiones

Tras 8 semanas del registro del servicio de telefarmacia, el 46,70% de las citas se beneficiaron de este servicio, siendo el 49,58% medicación que requería refrigeración. Este circuito nos ha permitido una tasa de error del 0,06% en los que en ningún caso fue medicación errónea.

SÍNDROME DE BOURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN SERVICIO DE OBSTETRICIA Y SU IMPACTO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: CRUZ-CONTARINI LÓPEZ J, SERRANO MORENO A, MORENO SERRANO J, VIÑUELA BENAVENTE A

Palabras clave: BURNOUT, MULTIDISCIPLINAR, SEGURIDAD, URGENCIAS.

Objetivos

Describir y valorar cómo afecta el nivel de Burnout en los profesionales del servicio de urgencias de un área obstétrico-ginecológica en la seguridad del paciente

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y trasversal a través de la escala validada a español del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Sobre una muestra de 195 profesionales que participaron en el estudio, repartidos en diferentes categorías profesionales (38.5% Matronas; 23.1% Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería; 23% especialistas en formación; 12.3% Ginecólogos y 3.1% enfermeros) se estudió cuál es la prevalencia de cada una de las subescalas del MBI: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP).

Las variables del estudio se clasificaron en:

- Individuales (sociodemográficas, salud-enfermedad, satisfacción laboral y proceso judicial)
- Organizacionales (Entorno laboral, percepción de la gestión del servicio, jornada laboral)
- Dimensiones del MBI

Resultados

Entre los resultados obtenidos, el 55% de la muestra presentó un CE bajo, un 56% de DP baja y un 55% de RP alta. Sin embargo, se ha relacionado que el número de eventos adversos aumenta con índices de Burnout moderado-altos. Con la finalidad de estudiar los posibles eventos adversos que se derivan de este síndrome, se pusieron en relación las diferentes variables.

Los resultados revelan que los profesionales más "quemados" son los residentes de medicina de la especialidad obstétrica y ginecología, seguidos de los enfermeros residentes de la misma especialidad, quienes dan mayor respuesta y cobertura al paciente. En relación con la turnicidad, los profesionales que desempeñan turnos de 24h o de 12h en horario nocturno presentan niveles más altos de CE y DP, hecho que predispone a la disminución de la seguridad del paciente.

Conclusiones

En el desarrollo del Síndrome de Burnout entran en juego diferentes factores de ámbito individual y organizacional. La edad, la experiencia laboral, el tipo de contrato, la categoría profesional y el nivel de acreditación son las variables que más impacto han tenido en el desarrollo de Burnout en la muestra de este estudio.

Este estudio ha presentado resultados concluyentes sobre el Sd. de Burnout en los Especialistas Interno Residentes, poniendo de manifiesto la carga asistencial que sustentan. Considerando necesario que se preste atención a este fenómeno.

Es necesario que se cuide a los trabajadores y que las instituciones tomen medidas para prevenir la aparición del Sd. de Burnout por su grave repercusión personal y en la calidad asistencial de los servicios que se prestan. Este estudio proporciona conocimiento concreto para los gestores sobre los profesionales que tienen más riesgo de padecerlo.

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD NEONATAL TRAS IMPLEMENTAR LA ALIMENTACIÓN EN GAVAGE

Autores: ESCOBEDO MESAS E, VARELA RUBIO RE, LÓPEZ SERRANO R

Palabras clave: NEONATO, ALIMENTACIÓN ENTERAL, GAVAGE, ALIMENTACIÓN POR Sonda.

Objetivos

Valorar la experiencia y eventos sucedidos con la administración de alimentación en gavage tras su reciente implementación.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal donde se diseñó un cuestionario on-line con 10 preguntas. La encuesta fue auto cumplimentada por enfermería y auxiliares de enfermería, fue de carácter anónimo e incluía los puntos más importantes de la alimentación por gavage.

Resultados

Se analizaron 75 encuestas.

Si bien la mayoría coincide en colocar la jeringa entre 15-20 cm de altura (68%) o en no cubrir la parte superior de la jeringa (84%), existe variabilidad en la duración de la alimentación (47% variable, 33% inferior a 20 minutos y el 20% entre 20-40 minutos), la postura del neonato (28% supino y 24% lateral derecho como las más frecuentes) o el uso de émbolo durante la alimentación (el 16% lo usa en numerosas ocasiones y el 53% a veces).

La mayoría permanecen junto al neonato durante la toma (de forma continua el 33% o discontinua el 56%).

La tolerancia generalmente es buena (el 12% aprecia buena tolerancia siempre y el 87% que sólo en algunas ocasiones ha sido mal tolerado), sin apreciarse repercusión en las constantes vitales en el 80%, aunque las caídas accidentales de leche se producen en alguna ocasión (50%) o numerosas ocasiones (18%).

La prescripción del médico al respecto no se considera clara en el 72% de los casos.

Conclusiones

Se aprecia una variabilidad alta en la administración de alimentación por gavage que refleja de hecho la variabilidad a su vez de la bibliografía existente al respecto. Este análisis podría ayudar en la búsqueda de puntos débiles para una futura protocolización del método buscando minimizar los eventos adversos en el recién nacido.

IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DEL COVID 19 EN PROFESIONALES SANITARIOS

Autores: ORTEGA AYLLÓN D

Palabras clave: CORONAVIRUS, PERSONAL SANITARIO, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, INSOMNIO.

Introducción

La declaración de la pandemia en marzo 2020 y las medidas de confinamiento impuestas por el brote SARS-CoV-2 generaron un estado de salud pública sin precedentes, con consecuencias para la salud mental de la población general y especialmente del personal sanitario, que puede tener consecuencias en la seguridad del paciente.

Los médicos y el personal de la salud en general, por tratar con el dolor y sufrimiento de otros seres humanos, son propensos a desarrollar estrés, angustia, depresión y fatiga por compasión.

Objetivos

Determinar los síntomas de los profesionales en primera línea de atención a pacientes hospitalizados con COVID-19.

Metodología

La muestra estuvo compuesta por 66 profesionales de la salud.

Los datos se recogieron mediante un cuestionario online que se les envió a través del correo electrónico. Se empleó el cuestionario de salud general de Golberg para detectar problemas de ansiedad y depresión y la EAI para medir las dificultades con el sueño.

Resultados

Los resultados muestran que 53% de los profesionales sanitarios tienen síntomas de estrés, 30% de depresión, 46% síntomas de ansiedad, 49% muestran alteración del sueño, siendo más frecuente en mujeres (90%) y 9% en hombres.

Conclusiones

Se debe prestar especial atención al bienestar de la salud mental de los trabajadores de la salud, especialmente de las mujeres y enfermeras que tratan en primera línea a pacientes con COVID-19.

Los principales factores detectados:

- Los cambios en el estilo de vida por el encierro y distanciamiento social generan para la sociedad en general una carga psicológica importante.
- La exigencia de enfrentarse a una enfermedad hasta ahora desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo; con largas jornadas utilizando equipo de protección personal -estrictamente necesario- al que no están acostumbrados y que para muchos pareciera una barrera que dificulta la cercanía, calidez y empatía entre la enfermera, el médico y su paciente.
- El temor constante de contagiarse o contagiar a los suyos.
- La angustia y frustración de verse rebasados por el número de pacientes, escasez de recursos y evolución de la enfermedad.

La protección, seguridad y bienestar de los trabajadores de la salud, es componente fundamental e inapelable de las medidas de salud pública para abordar la pandemia de COVID-19.

El personal de salud necesitará apoyo y guía (implementando conductas de prevención e higiene reforzadas) para recuperar su confianza y seguridad.

PLAN DE ACTUACIÓN Y ESTRATEGIA PREVENTIVA EN UN CENTRO PERIFÉRICO DE HEMODIÁLISIS ANTE LA PANDEMIA DE SARS-COV2 (COVID19)

Autores: LICERÁN PERALBO AM

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, PANDEMIA, COVID19, HEMODIÁLISIS.

Introducción

Desde el 15 de marzo de 2020 se decreta el Estado de Alarma en todo el Estado Español. Éste modifica radicalmente el ritmo de vida de toda la población y hace del confinamiento el único arma eficaz contra el virus. En mayo del mismo año, el COVID-19 afectaba a más de 185 países de los cinco continentes.

Los pacientes renales, por la cronicidad de su enfermedad y su condición de grupo vulnerable, estuvieron desde el principio de la pandemia en uno de los focos de riesgo.

Objetivos

El interés en este tipo de estudio surge de la necesidad de comprobar si las estrategias de prevención fueron suficientes para prevenir el contagio múltiple entre enfermos de estas características.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo. Muestra de 67 pacientes de edades comprendidas entre los 22 y los 91 años, de la comarca de Úbeda y La Loma (Jaén). Se tuvieron en cuenta además antecedentes personales y enfermedades previas. Se estableció una cronología en las actuaciones llevadas a cabo y las modificaciones de las mismas.

Resultados

Se consiguieron evitar contagios múltiples en el centro de HD donde se realizó el estudio. Se aisló a los pacientes sintomáticos, se realizaron test PCR y serologías a los casos posibles y se mantuvo una vigilancia exhaustiva de todos los contactos de los pacientes.

Conclusiones

Este nuevo escenario que se planteó, hizo necesario dar un giro a la forma de trabajar y de cuidar a los pacientes.

Las medidas propuestas y llevadas a cabo nos hicieron comprobar que podíamos crear un ambiente y un espacio seguro para los pacientes, a pesar de la pandemia.

La concienciación de todo el personal sanitario así como la educación para la salud y normas aplicadas con los pacientes del centro, fueron la clave para controlar la transmisión de la enfermedad.

ANÁLISIS DEL REGISTRO DE ALERGIAS EN EL PROGRAMA HOSPITALARIO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN PACIENTES COVID

Autores: ÁLVAREZ-SÁNCHEZ R, SOLER-GÓNGORA M, YEPES-PÉREZ T, BENAVENTE FERNÁNDEZ A

Palabras clave: ALERGIAS, COVID-19, PRISMA, REGISTRO, SEGURIDAD PACIENTE.

Introducción

Los incidentes de seguridad por medicación conforman un grupo predominante de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, caracterizados por una elevada evitabilidad y daño, pudiendo ocurrir en diferentes fases del proceso.

El registro en el sistema electrónico de prescripción intrahospitalaria (PRISMA) de las alergias es un filtro de seguridad añadido. Existen limitaciones como la escasa percepción del problema por parte del prescriptor y la falta de interoperatividad con la historia clínica digital. En pacientes COVID estas circunstancias se agravan por las condiciones de aislamiento y la heterogeneidad de las unidades.

Objetivos

Comprobar si las alergias registradas en la historia clínica digital se han incorporado a PRISMA en pacientes ingresados por COVID-19.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de pacientes COVID ingresados el 21 abril de 2021 en un hospital de tercer nivel. Se recopilaban los datos de alergias medicamentosas recogidas en la historia clínica (Diraya) y se comprobó si estaban incorporados en PRISMA.

Resultados

Un total de 102 pacientes fueron analizados. En la historia clínica de 76 pacientes (74,5%), consta la ausencia de alergias a medicamentos o productos sanitarios. En la historia clínica de 26 pacientes (25,5%) consta alguna alergia. De estos, 15 (57,7%) tenían correctamente registradas las alergias en PRISMA, mientras que 11 (42,3%) de los pacientes con alergias registradas en la historia clínica digital, no las tienen incorporadas en PRISMA.

Conclusiones

El elevado porcentaje de pacientes sin las alergias incorporadas en PRISMA supone un potencial riesgo de administración de fármacos contraindicados, pudiendo acarrear consecuencias graves y evitables.

La falta de interoperatividad entre ambos programas informáticos es una pérdida de oportunidad para establecer un filtro más de seguridad, haciendo que el registro de alergias dependa en gran medida de la atención y percepción del problema por parte del prescriptor.

Por otra parte, el proceso de registro de las alergias no es lo suficientemente intuitivo en PRISMA, lo que puede ser una barrera en su adecuada cumplimentación.

Es necesaria una mayor formación y concienciación sobre la importancia de cumplimentar adecuadamente las alergias en PRISMA.

COMPARATIVA EN EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES COVID-19, EN UN HOSPITAL DE FRÁGILES VERSUS AGUDOS

Autores: FERNÁNDEZ DÍAZ MR, FERNÁNDEZ REYES D, FERNÁNDEZ ONTIVEROS S, PAREJO MORÓN AI, MARTÍNEZ DE VICTORIA CARAZO J

Palabras clave: CONTENCIÓN, COVID-19, FRÁGIL.

Objetivos

Comparar la práctica de la contención mecánica (CM) en pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital de frágiles frente a uno de agudos.

Metodología

Estudio transversal realizado el 17/3/2021, comparando pacientes ingresados por COVID-19 en nuestro centro (92 pacientes), tanto en hospital de agudos como en el habilitado para enfermos frágiles (16).

Resultados

En nuestro hospital de agudos se registraron 8 pacientes con CM (8,7%) de los 92 hospitalizados por COVID-19, frente a los 10 con CM (62,5%) de los 16 del hospital de frágiles (teniendo en cuenta que la mediana de edad de hospitalizados por COVID19 en agudos fue de 70 años y de 86 años en frágiles).

Respecto al antecedente de deterioro cognitivo, coincidía en el 20-25% de los pacientes con CM en ambos hospitales.

La indicación principal de CM en el hospital de agudos fue evitar la interrupción de la oxigenoterapia (50%), frente al evitar el daño físico (80%) como indicación principal en el hospital de frágiles.

Tan solo en el 20% de los casos se realizó contención farmacológica o verbal previa a la CM en el hospital de frágiles, frente al 62,5% de los casos en los que sí se realizó en el hospital de agudos.

El mejor uso de la CM en el hospital de frágiles residía en que en éste el 60% de los pacientes contenidos disponían de CM homologadas, frente al 25% del hospital de agudos. Además, la indicación se realizó de forma correcta (indicación médica o por enfermería refrendada por médico/a) en el 12,5% de los casos en el hospital de agudos, frente al 40% del hospital de frágiles. Otro dato fue que se solicitó el consentimiento informado verbal a los familiares en el 60% de los pacientes con CM del hospital de frágiles, frente a la ausencia de solicitud alguna de consentimiento en el hospital de agudos.

Conclusiones

La CM, cargada de connotaciones ético-legales y no carente de riesgos, es una medida extrema de último recurso, por lo que hemos de garantizar su carácter excepcional. Su uso en pacientes ingresados por COVID-19 se aleja de los estándares de calidad del protocolo de CM del Sistema Andaluz de Salud; sin embargo, en nuestro centro hemos constatado una mejor aplicación de dicho protocolo en el hospital de frágiles comparado con el hospital de agudos; destacando la diferencia en cuanto al mayor uso de CM.

ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN PACIENTES COVID-19 NO CRÍTICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

Autores: ENRÍQUEZ-MAROTO MF, RUEDA-DOMINGO MT, AGUILERA-CAMPAÑA MC, LÓPEZ-MOTA B, ALONSO-MORALES MF

Palabras clave: PACIENTE COVID-19 NO CRÍTICO, MAPA DE RIESGOS, GESTIÓN DE RIESGOS.

Objetivos

Identificar y evaluar los riesgos para la seguridad del paciente con diagnóstico de Covid-19 no crítico durante su ingreso hospitalario, considerando específicamente aquellos riesgos inherentes a padecer esta enfermedad o que puedan tener mayor repercusión por esta circunstancia.

Metodología

Las fases seguidas fueron:

- Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales, facultativos y enfermería de los servicios de admisión, urgencias, unidades donde ingresan pacientes Covid-19 no críticos (Neumología, M. Interna, E. Infecciosas), y vocales de la Comisión de Seguridad del Paciente.
- Definición de las fases del proceso asistencial: urgencias, traslado e ingreso, planta de hospitalización, traslados internos y alta.
- Identificación de riesgos por cada profesional, y posterior consenso de los principales riesgos en el proceso de atención del paciente. Para cada riesgo identificado, los profesionales asignaron una probabilidad de ocurrencia y un nivel de gravedad o consecuencias, utilizando las escalas de la Norma UNE 179003 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente. La puntuación final se calculó a través de la mediana de las puntuaciones individuales. Se utilizó la Matriz que propone la Norma UNE y combinando los resultados de las dos variables, probabilidad y consecuencias, se estimó el nivel de riesgo clasificado como bajo, moderado, alto y extremo.

Resultados

Se identificaron 57 riesgos: 10 en urgencias, 10 traslado a hospitalización, 25 en planta, 8 en traslados internos, y 4 al alta. Según nivel de riesgo: 0 bajo (0%), 16 moderado (28,07%), 38 alto (66,66%) y 3 extremo (7,01%).

Los 3 riesgos extremos se identificaron en planta de hospitalización: autólisis, empeoramiento clínico no detectado, y errores en administración fármacos por déficit formación de nuevo personal.

Los riesgos altos fueron más frecuentes en urgencias, hospitalización y al alta. Los riesgos moderados lo fueron durante el traslado desde urgencias a planta. Algunos riesgos como errores en la identificación del paciente o fallos en la transferencia de información, se identificaron en diferentes fases del proceso de atención al paciente.

Conclusiones

La mayor parte de los riesgos se detectaron en planta hospitalización y se estimaron de riesgo alto. La elaboración del mapa de riesgos del paciente Covid-19 no crítico, ha sido la primera fase para la gestión de riesgos, siendo ahora necesario establecer las medidas de control de los riesgos, priorizando los extremos y altos, para conseguir una atención sanitaria más segura.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN PACIENTES DE UCI EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Autores: CABELLO MONTORO FJ, DE LA HABA GAVILÁN V

Palabras clave: TRANSFERENCIA, INFORMACIÓN, SEGURIDAD, IPR.

Introducción

La transferencia de cuidados entre profesionales es el traspaso de la responsabilidad de la atención de un paciente mediante la transmisión de toda la información relevante sobre su proceso.

Es considerado un proceso de alto riesgo y que puede generar brechas en los cuidados y comprometer de manera grave la seguridad del paciente: errores de medicación, retrasos en el diagnóstico, reclamaciones, aumento de los costes, incremento de la estancia hospitalaria y eventos adversos graves. Esta circunstancia es más susceptible de ocurrencia bajo condiciones de aumento de la presión asistencial, la carga de trabajo o las barreras en la comunicación, condiciones muy presentes en la atención a los pacientes ingresados en UCIs durante la pandemia por Covid-19.

Objetivos

Identificar puntos críticos, modos de fallo y las causas asociadas durante el proceso de transferencia de cuidados entre profesionales de una unidad de cuidados intensivos durante la pandemia por Covid-19, que permitan implementar sistemas que garanticen la seguridad del paciente.

Metodología

Aplicando la metodología de análisis modal de fallos y efectos (AMFE) se identificaron puntos críticos mediante el cálculo del índice de prioridad de riesgo (IPR) obtenido a partir de las puntuaciones en los índices de frecuencia, gravedad y detección basados en la observación directa y experiencia del personal de enfermería según una matriz de riesgo. La puntuación de cada criterio fue de 1 a 10 en escala positiva excepto para la detección, donde la puntuación mínima corresponde a una alta probabilidad de detección. Se consideraron puntos críticos los fallos relacionados con sus causas y efectos con $IPR > 100$.

Resultados

El AMFE permitió identificar 10 puntos críticos para eliminar o prevenir donde se dio prioridad a la falta de un procedimiento estandarizado de transferencia, la sobrecarga de trabajo y las barreras de la comunicación motivadas por las condiciones laborales durante la pandemia.

Conclusiones

Los IPR establecen el orden de prioridad en las acciones de mejora para disminuir la probabilidad de que el fallo ocurra, reducir su gravedad y aumentar la capacidad de detectarlo. Se consideraron acciones a implementar:

- Promover la cultura de seguridad en la UCI.
- Estandarización del proceso de transferencia siguiendo el método ISOBAR.
- Realizar formación en habilidades de comunicación.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL EN LOS INGRESOS DE SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Autores: GARCÍA SÁNCHEZ JA, AGUILERA SERRANO C, GUZMÁN PARRA J, HURTADO MELERO V

Palabras clave: SEGURIDAD PACIENTE, COVID-19, SALUD MENTAL, CONTENCIÓN MECÁNICAS, AGRESIONES.

Objetivos

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un reto para la atención en salud mental y ha afectado al funcionamiento de los servicios hospitalarios. El Objetivo del estudio fue analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en los ingresos hospitalarios de salud mental, el uso de la contención mecánica y el número de agresiones.

Metodología

Durante la pandemia de COVID-19 se ha realizado un protocolo de aislamiento durante las primeras 24 horas al ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, entre otras medidas contempladas en la estrategia de seguridad del paciente. Se realizó un estudio observacional basado en los registros de todos los ingresos, episodios de contención mecánica y agresiones al personal de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital. Se analizó el periodo del 14 de Marzo de 2020 (cuando comenzaron las medidas extraordinarias) hasta el 31 de Diciembre de 2020 y se comparó con el mismo periodo del 2019. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para comparar el riesgo de contención mecánica durante el ingreso entre los dos periodos, controlando por potenciales variables confusoras (edad, género, tiempo de estancia y carácter involuntario del ingreso).

Resultados

Durante el periodo de pandemia hubo una reducción de un 30,7% en el número de ingresos (488 versus 704) y de un 31,5% en el número de episodios de contención mecánica (37 versus 54). Los episodios de agresiones fueron similares en los dos periodos (7 agresiones). En el 2020 hubo menos personas ingresadas sin antecedentes previos ($p<0,001$), más ingresos urgentes ($p=0,008$) y con patología dual ($p=0,003$). En el periodo pandémico el número de episodios de contención por 1000 pacientes días fue de 6,28 y en el año anterior de 6,07. No hubo diferencias significativas en el riesgo de contención durante el ingreso en el periodo pandémico en comparación con el año anterior ($OR=0,813$; $p=0,412$). Hubo diferencias significativas en los motivos de contención mecánica, señalándose la agitación más frecuentemente en 2020 (66,7% versus 50%).

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la Unidad de Hospitalización. La reducción de ingresos puede tener un impacto a largo plazo en la evolución de los pacientes que debe ser estudiada en futuros análisis. La estrategia de seguridad con el nuevo protocolo de ingreso parece que no ha tenido un impacto significativo en los procedimientos de contención mecánica y en las agresiones ocurridas en la unidad.

PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE UN VALOR CRÍTICO EN UN ÁREA DE SALUD DE ANDALUCÍA

Autores: ROMERO REYES L, MUÑOZ COLMENERO A, MOCHÓN DONAIRE R, GARCÍA RUANO AB, MARTÍNEZ CHAMORRO A

Palabras clave: RESULTADO, CRÍTICO, LABORATORIO, URGENTE.

Introducción

Denominamos valor crítico o de pánico a un valor que sirve de indicador de un estado fisiopatológico que supone un peligro para la vida del paciente, para el que existe tratamiento y que hay que transmitir al clínico de manera eficaz y rápidamente. La capacidad de un laboratorio para comunicar satisfactoriamente un resultado crítico es determinante por sus implicaciones en relación con la seguridad del paciente. Esta comunicación no siempre va a ser sencilla para Atención Primaria y sobre todo en distritos de salud extensos y deslocalizados desde el punto de vista geográfico. Se ha observado que un gran número de valores críticos de Atención Primaria no se informaban o se informaban tarde, por la dificultad de contactar con el médico responsable. Nuestro laboratorio atiende a 42 Centros de Salud y Consultorios repartidos en un amplio espacio geográfico, estando el más lejano a más de 150 km y discurriendo por carreteras de la red secundaria y terciaria. Por este motivo, hay muestras de pacientes que llegan tarde al laboratorio debiendo realizar la comunicación de resultados a última hora de la mañana, o incluso fuera del horario de consulta. Además, hay médicos que pasan consulta en varios Consultorios haciéndose difícil contactar con ellos.

Objetivos

Evaluar la implantación de un nuevo protocolo de comunicación de valores críticos a Atención Primaria que asegure que estos resultados son siempre recibidos y valorados por un clínico.

Metodología

La Junta de Andalucía en la web del SAS permite consultar los distintos Centros Sanitarios de Andalucía: <https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/centros/Detalle.aspldCentro=23627&CodTipoCentro=8&CodPostal=&Municipio=&Provincia=23>

Se ha utilizado este recurso para comunicar los resultados críticos en AP. Primeramente, se intenta contactar directamente con el Centro de Salud o Consultorio a través del teléfono correspondiente, de no conseguirlo utilizamos el teléfono de urgencias provincial. El centro de coordinación de emergencias está capacitado para ponernos en contacto con el médico de urgencias correspondiente a la zona básica a la que pertenece nuestro paciente.

Resultados

Desde que se implementó el protocolo el 100% de los resultados han sido comunicados sin demora. La comunicación de estos resultados es independiente de la hora a la que obtengamos dichos resultados.

Conclusiones

La pronta comunicación de estos valores permite la rápida intervención del médico responsable garantizando la seguridad de los pacientes. Es un protocolo de fácil aplicación y puesta en práctica por parte de los laboratorios del SAS con disposición.

¿SABEMOS REALIZAR UNA CORRECTA HIGIENE DE MANOS?

Autores: FERNÁNDEZ SANTANA M, MÉNDEZ VECINO V, RUBIO RODRÍGUEZ M, GONZÁLEZ VELA ML

Palabras clave: TRANSMISIÓN, HIGIENE, ACOHOL, PATÓGENOS.

Introducción

El control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de las personas. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención a un paciente. La higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Actualmente debido al COVID-19, supone la medida más importante para su prevención y control.

Objetivos

Observar el procedimiento correcto de higiene de manos del personal de un centro de atención primaria para garantizar la seguridad y evitar la transmisión de patógenos.

Metodología

El procedimiento de observación se realizó durante el mes de junio de 2020, a un total de 59 profesionales (16 médicos, 21 enfermeros, 4 Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y 18 administrativos); se utilizó una solución hidro-alcohólica con fluoresceína. Al realizar la higiene de manos durante 40-60 segundos se colocaron las manos debajo de luz ultravioleta para comprobar la efectividad. Dividimos las manos en palmas, nudillos, dorsos, interdigitales y dedos, se consideraron aceptables las técnicas que cubrieran 4 ó más zonas.

Resultados

Médicos: 9 aceptable y 7 no aceptable. Enfermería: 11 aceptable y 10 no aceptable. TCAE: 3 aceptable y 1 no aceptable. Administrativos: 7 aceptable y 11 no aceptable. Las zonas con más dificultad fueron: Pliegues, 41%. Nudillos, 29%. Dedos, 9%. Palmas, 6%. Dorsos, 3 %.

Conclusiones

A pesar de tener conocimientos adecuados sobre la higiene de manos, nuestro personal pensaba que realizaba correctamente la higiene en la práctica diaria. Sin embargo, se detectaron errores durante el procedimiento y esto podría afectar a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial. Cabe recordar que hay zonas en las manos más difíciles de llegar, donde hay que insistir más, para así evitar la transmisión de patógenos.

EFICACIA DE UN CUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO TELEFÓNICO PREVIO EN FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19

Autores: GONZÁLEZ GARCÍA MJ, ALFONSO ARIAS JD, GARCÍA BARBE N, SAYAVERA ROMERO T, HORNO ROA PC

Palabras clave: CUESTIONARIO, EPIDEMIOLOGICO, DISEASE CONTROL AND PREVENTION, AEROSOL GENERATING PROCEDURES, RISK OF TRANSMISSION, COVID-19.

Introducción

Unos de los Objetivos específicos en el documento técnico del Ministerio de Sanidad Versión 26 de Junio de 2020 *"Recomendaciones de seguridad del paciente y profesionales en procedimientos intervencionistas en la fase de transición de la pandemia COVID-19"* es el del despistaje de una posible infección SARS-CoV-2; así mismo determinados procedimientos que generen aerosoles realizados en pacientes con COVID-19 suponen un mayor riesgo de infección para el personal sanitario y otros pacientes.

La necesidad de priorizar la seguridad para los pacientes y los profesionales sanitarios en intervenciones invasivas generadoras de aerosoles como la endoscopia digestiva alta, derivó a la realización de un cuestionario clínico-epidemiológico telefónico previo a la realización de una prueba invasiva, a la realización de un exudado nasofaríngeo 48h máximo a la realización de la intervención y a la realización de nuevo del cuestionario clínico-epidemiológico el mismo día de la prueba.

Objetivos

Conocer la efectividad de las medidas de despistaje utilizadas durante la fase interpandémica.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de 61 pacientes, a los que se les realizó un cuestionario clínico-epidemiológico telefónico previo a la realización de una prueba funcional invasiva.

Resultados: Los 61 pacientes fueron *Aptos* en el primer cuestionario epidemiológico telefónico realizado, se les hizo un exudado nasofaríngeo previo a 29 pacientes, siendo negativos. El día de la prueba funcional invasiva se realizó el cuestionario epidemiológico presencial a 56 pacientes, siendo todos *Aptos*.

Conclusiones

Podemos concluir diciendo que tanto el cuestionario epidemiológico telefónico previo como el presencial el mismo día de la prueba invasiva han sido medidas efectivas para controlar la transmisión del SARS CoV2, tanto a los profesionales sanitarios que atendieron a los pacientes como los pacientes que acudieron también.

El *Apto* de todos los pacientes tras la realización del cuestionario epidemiológico fue ratificado con resultado negativo en el test de antígeno realizado 24-48 horas anteriores a la prueba funcional invasiva.

Tampoco hubo casos positivos en los 15 días posteriores a la realización de la prueba funcional.

Hubo tres casos posteriores fechados a más de 4 semanas a la prueba funcional invasiva, donde los pacientes presentaron síntomas compatibles y a los que se les realizó una PDIA siendo esta positiva. También se registraron cuatro pacientes contactos estrechos posteriores a la prueba funcional invasiva, siendo el resultado de su PDIA negativo.

LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE INGRESADO

Autores: RODRÍGUEZ PEÑA M, CABEZA CÁCERES P, ARIAS DÍAZ V

Palabras clave: PULSERA, HEMODERIVADOS, IDENTIFICACIÓN.

Objetivos

La pulsera identificativa se convierte en una de las técnicas más sencillas e indispensables para garantizar la seguridad del paciente, sobre todo en pacientes con deterioro cognitivo, sedados y en recién nacidos.

El objetivo es conocer si se realiza por turno la comprobación de la colocación de pulsera identificativa en el paciente encamado, la causa de su retirada, la frecuencia con la que se encuentran con la pérdida de pulsera de hemoderivados y si el personal informa de este último hecho en el aplicativo de seguridad del paciente.

Metodología

Se ha elaborado un formulario con 5 preguntas para dar respuesta al objetivo general. El tamaño muestral fue de 72 participantes.

Resultados

Un 47,2% de los participantes no revisan en su turno la colocación de la pulsera en el paciente.

El 55,6% la retira para evitar heridas por fricción y el 34,7% para realizar una técnica. El resto porque está estropeada o porque los datos eran incorrectos.

Con respecto a la pulsera de hemoderivados, un 9,7% ha encontrado al paciente sin pulsera en el momento de comprobación a pie de cama. De éstos, un 40,3% no informaron en el aplicativo de este hecho. El 26,4% acierta en la actuación recomendada por la ACSA con respecto al protocolo a seguir en pacientes edematizados o con alergias.

Conclusiones

A pesar de que está demostrado que la identificación del paciente evita un gran número de eventos adversos, aún hay profesionales que no se cercioran de la identidad de éste en el turno de trabajo. Sería interesante evaluar la posibilidad de cambiar el material de las pulseras identificativas para evitar su retirada para proteger la piel del paciente.

Hay que seguir trabajando con el personal la importancia de la comunicación de los eventos adversos, pues un porcentaje elevado de profesionales no informaron de la falta de pulsera en el aplicativo de seguridad. Este hecho no lleva consigo un daño grave en el paciente, pero sí un retraso en su tratamiento. Para establecer conclusiones más certeras, es necesario aumentar el tamaño muestral y cribar a los profesionales y centros.

IMPACTO DE LA EPIDEMIA COVID-19 EN LA TASA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: MARÍN CABALLOS AJ, MENDOZA PRIETO M, CUADRA CALAHORRA A, MARTÍN SASTRE S, DOMÍNGUEZ ROLDÁN JM

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, NOTIFICACIÓN, INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, ENFERMO CRÍTICO

Objetivos

Conocer si la tasa de incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía se ha visto influenciada por efecto del incremento de la atención a pacientes hospitalizados por COVID-19 que se ha producido en el año de 2020 en Andalucía.

Metodología

Análisis observacional comparativo de las tasas mensuales de incidentes notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía con respecto a la tasa de casos confirmados de infección activa por COVID-19 hospitalizados en Andalucía, desde 1 enero a 31 de diciembre de 2020. En el análisis estadístico se comprobó la normalidad de las distribuciones de datos mediante el test de Shapiro-Wilk y se estudió la relación entre las distintas variables, tasa mensual de casos de infección activa en hospitalización y en UCI por COVID-19 en Andalucía, con la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos en UCI de un hospital de Andalucía, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (ρ).

Resultados

Durante el periodo de estudio se han notificado 293 incidentes y eventos adversos en una Unidad de Cuidados Intensivos, y se han registrado 21856 casos confirmados de infección activa por COVID-19 hospitalizados en Andalucía con 2490 casos confirmados en UCI. Se ha observado una estrecha correlación inversa entre la tasa mensual de casos de infección activa en hospitalización por COVID-19 registrados en Andalucía, y la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos reportados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía (ρ (ρ) = -0,79, p = 0,002), así como, entre la tasa mensual de casos de infección activa en UCI por COVID-19 registrados en Andalucía, y la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos reportados en dicha Unidad de Cuidados Intensivos (ρ (ρ) = -0,69, p = 0,013).

Conclusiones

Se constata que la tasa de incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía se correlaciona negativamente con el incremento de la asistencia a pacientes hospitalizados por COVID-19, que se ha producido en el año de 2020. La posible infranotificación de incidentes y eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos pudo estar asociada a la sobrecarga asistencial a la que se vio sometida ésta.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS POR LA PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA

Autores: ARMENTEROS ORTIZ PJ, COLLANTES ESTÉVEZ E, ESCUDERO CONTRERAS A, AMOR ALMEDINA MI, LÓPEZ MEDINA C

Palabras clave: ENFERMEDADES REUMÁTICAS, COVID-19, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Introducción

En España las restricciones durante la pandemia de COVID-19 han sido de las más estrictas entre todos los países europeos, de tal forma que las medidas para evitar los contagios repercutieron en las relaciones y en la movilidad de toda la población española y afectaron, entre otros aspectos, a la realización de actividades físicas y deporte durante las siete semanas en las que las limitaciones fueron más extremas. Debido a tal confinamiento, las consultas médicas en los pacientes reumáticos fueron canceladas y como consecuencia, pudo originar una exacerbación de la sintomatología reumática. Asimismo, el aislamiento social debido a esta situación también podría haber afectado al comportamiento y a la salud mental de estos pacientes, especialmente en los de mayor edad.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en evaluar la adherencia al tratamiento en los pacientes reumáticos durante los meses de confinamiento, así como determinar los factores asociados a la no adherencia y los problemas de seguridad que esto genera.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal a través de una encuesta electrónica difundida entre los pacientes reumáticos del territorio español. Se diseñó un cuestionario en el que se recogió la siguiente información: datos sociodemográficos, diagnóstico, fármacos utilizados, grado de confinamiento, nivel de actividad física domiciliaria durante el confinamiento, así como la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad. Se aplicó respetando el anonimato a 630 pacientes con enfermedades reumáticas, de los cuales 74.1% eran mujeres, con una media de edad de 48 años. Para evaluar los factores asociados a la no adherencia se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y T de student. Se observó que los factores asociados a la no adherencia fueron: el género, la realización de actividad física y la presencia de síntomas depresivos.

Resultados

Los resultados obtenidos demostraron de entre el total de la población el 79.7% de los pacientes continuaron su tratamiento tal y como lo estaban haciendo previamente al confinamiento (pacientes adherentes). Sin embargo, 20.3% espaciaron o interrumpieron el tratamiento (pacientes no adherentes), y fueron los pacientes hombres, los pacientes que realizaron poco ejercicio físico y los pacientes con síntomas depresivos los que mostraron una menor adherencia al tratamiento.

Conclusiones

Como conclusión, durante el período de confinamiento, más del 20% de pacientes con enfermedades reumáticas no fueron adherentes a su tratamiento, principalmente a la Terapia Biológica.

ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS SUFRIDOS TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A COVID19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: SALAMANCA RIVERA C, VALENCIA MARTÍN R, VALENCIA MARTÍN JL, LIRA GARCÉS A, NOGALES BUENO G

Palabras clave: COVID19, VACUNAS, RAM.

Introducción

Las vacunas son altamente efectivas en la prevención de enfermedades infecciosas, reduciendo de manera significativa la morbimortalidad de un gran número de ellas. Las reacciones alérgicas a vacunas son poco frecuentes. En su mayoría suelen ser provocadas por los aditivos contenidos en las mismas. El temor a sufrir reacciones adversas (RAM) tras la vacunación es una de las causas habituales para que los programas de vacunación no tengan la aceptación deseable.

Objetivos

Analizar las RAM detectadas tras la administración de la vacuna frente a COVID19 en un Hospital de tercer nivel.

Metodología

Estudio de intervención en personas vacunadas frente a COVID19 en el hospital seleccionado desde el 30/12/2020 hasta el 17/03/2021 con vacunas Pfizer/BioN-Tech® y Moderna®. La recogida de los RAM se realizó por entrevista directa, correo electrónico y por teléfono.

Resultados

Del total de vacunados con primeras dosis (n: 13.187, 71.22% mujeres), un 38.32% tuvieron algún RAM tras su administración (39% tras recibir Pfizer/BioN-Tech® y 33% con Moderna®).

El 41.15% de las mujeres vacunadas informaron alguna RAM tras la primera dosis (41.86 % Pfizer/BioN-Tech® y 35.03% Moderna®). En varones, el 31.33% de los vacunados tras la primera dosis presentó RAM (el 31.76 % Pfizer/BioN-Tech® y el 26.45% Moderna®).

El 37.7% de los vacunados declararon dolor en el punto de administración (RAM más frecuente) tras la administración de la primera dosis, seguido de cefalea (703 personas). Otros RAM notificados fueron: fiebre (127) y febrícula (269), mialgia (253 personas), artralgias (16), cansancio (186), malestar general (144), diarreas (133), en 42 ocasiones se refirieron parestesias o sensación de acorchamiento.

Hasta la fecha de análisis se administraron 12506 segundas dosis (71.2% mujeres). Un 1.28% han referido algún RAM tras su administración (1.38% de los vacunados con Pfizer/BioN-Tech® y un 0.2% con Moderna®) siendo las más frecuentes 60 personas informaron dolor local en punto de inyección, 39 cefalea, 24 mialgias, 13 nauseas, 10 vómitos y 8 diarreas.

Como reacciones moderadas-graves se administraron 3 dosis de adrenalina, solo uno de ellos están en estudio por Alergología el resto fueron descartados.

Conclusiones

El estudio realizado evidencia el bajo porcentaje de las mismas. Informar adecuadamente a las personas del beneficio-riesgo de la vacunación es primordial para alcanzar adecuadas coberturas vacunales.

EFFECTO DE UNA INICIATIVA DE INCENTIVACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI EN PERIODO DE INCREMENTO DE HOSPITALIZACIÓN COVID-19

Autores: MARTÍN SASTRE S, MARÍN CABALLOS AJ, CUADRA CALAHORRA A, MENDOZA PRIETO M, DOMÍNGUEZ ROLDÁN JM

Palabras clave: SEGURIDAD DEL PACIENTE, NOTIFICACIÓN, INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, ENFERMO CRÍTICO.

Objetivos

Conocer si la infranotificación de incidentes y eventos adversos detectada en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de la Andalucía durante un periodo de incremento de la hospitalización por COVID-19 puede mitigarse mediante la implementación de una iniciativa de mejora orientada a incentivar la notificación de incidentes y eventos adversos identificados.

Metodología

Análisis comparativo de la tasa mensual de incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía durante un periodo de incremento de la hospitalización por COVID-19, antes y después de la implementación de una iniciativa de incentivación del sistema de notificación, consistente en incentivar diariamente en los cambios de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, la notificación de incidentes y eventos adversos identificados durante la misma. El análisis comparativo también se hizo con un periodo pre pandémico, sin hospitalización significativa por COVID-19. Los periodos de estudio fueron de enero-marzo de 2020, octubre-diciembre de 2020 y enero-marzo de 2021. Se comprobó la normalidad de las distribuciones de los datos mediante el test de Shapiro-Wilk. La comparación de variables numéricas entre dos grupos se realizó aplicando la prueba t de Student.

Resultados

Los incidentes y eventos adversos notificados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía fueron 139 en enero-marzo de 2020, 18 en octubre-diciembre de 2020 y 149 en enero-marzo de 2021. Se observó que la tasa mensual de notificaciones de incidentes y eventos adversos reportados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el tercer periodo de incremento de la hospitalización por COVID-19 de enero-marzo de 2021, tras la introducción de la iniciativa de incentivación de la notificación, fue significativamente mayor con respecto a la del segundo periodo de incremento de la hospitalización por COVID-19 de octubre-diciembre de 2020 ($\bar{x}$ = 49,67 vs $\bar{x}$ = 6, $p < 0,005$), y similar a la observada en periodo pre pandémico de enero-marzo de 2020 ($\bar{x}$ = 49,67 vs $\bar{x}$ = 49,33, $p = 0.831$).

Conclusiones

La implementación de un plan de mejora para mitigar la infranotificación detectada en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Andalucía durante periodos de incremento de la hospitalización por COVID-19, mediante una iniciativa de incentivación diaria de la notificación de incidentes y eventos adversos identificados en los cambios de guardia de la Unidad de Cuidados Intensivos, puede ser una herramienta eficaz para lograr dicho Objetivo.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DEL ALTA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Autores: GONZÁLEZ POSADA F, ROSADO FUENTES F, BRENES ORTEGA AM, BARBERÁ GARCÍA AM, GARCÍA GARRIDO ME

Palabras clave: ALTA HOSPITALARIA, GESTIÓN DE CASOS, COVID-19.

Introducción

La pandemia de COVID-19 hace emerger en nuestros centros hospitalarios nuevos condicionantes y requerimientos para el alta segura a domicilio. El Enfermero Gestor de Casos desempeña un rol específico de coordinación de altas COVID-19, preparación familiar para el alta en remoto y de canal de comunicación estable con pacientes egresados y familias para la identificación temprana de eventos no deseables e instauración de medidas correctoras tempranas.

Objetivos

Fomentar la seguridad del paciente en el proceso de alta desde unidades de hospitalización COVID-19.

Metodología

Se diseñó un Procedimiento "Gestión de casos: Planificación anticipada del alta en contexto de pandemia COVID-19" fundamentado en etapas clave:

1. Captación activa e identificación diaria de personas hospitalizadas con diagnóstico COVID-19.
2. Valoración de complejidad del alta a domicilio, valorando en primeras 72 horas tras captación del caso los recursos, barreras y riesgos para el cuidado en domicilio según criterios de seguridad al alta propios de cuidados en domicilio de personas con COVID-19.
3. Intervención correctiva: proveer competencias educativas a persona hospitalizada y entorno de cuidados en domicilio; activar recursos profesionales (TS, salud mental, rehabilitación física, AP...); recursos materiales para cuidado en domicilio; mejorar capacidad familiar para autocuidado y afrontamiento.
4. Verificación prealta de condiciones para alta segura testeando grado de cumplimiento de criterios de seguridad al alta.
5. Seguimiento proactivo de caso y mantenimiento de vías de comunicación bidireccionales a través de línea telefónica e email de EGCh.

Se acompaña listado de verificación para la seguridad del proceso de planificación de alta.

Resultados

En 50 pacientes incluidos en el estudio, a los que se aplicó procedimiento estandarizado, 30 cumplieron sin intervención añadida criterios de alta segura. En los 20 restantes se necesitó intervención previa al alta coordinada por EGCh: en 8 actuaciones por existencia de vulnerabilidades en otros miembros convivientes, en 7 de ellos para compensar déficits funcionales para el autocuidado, en 3, gestiones para asignación de equipos de AP, en 4 de ellos para activar recursos de apoyo de voluntariado y en 17 de ellos para mejorar conocimiento del entorno familiar para proveer cuidados seguros en domicilio. En 9 se identificaron antes de proceder al alta potenciales mejoras en procedimientos seguidos por los profesionales.

Conclusiones

Un procedimiento de alta segura planificada acompañado de listado de verificación permite prealta.

TRIAJE MULTILINGÜE ADAPTADO AL SARS-COV2 COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN UNIDADES DE URGENCIAS

Autores: MORA BANDRAS AM, JIMÉNEZ CORTÉS Y, RIVAS RUIZ F, RODRÍGUEZ MONTALVO JA, CORPAS PASTOR G

Palabras clave: TRIAJE, MULTILINGÜE, SEGURIDAD, COVID-19.

Introducción

El triaje es un procedimiento clave en urgencias para la valoración y clasificación de pacientes infectados por SARS-Cov2. Los pacientes extranjeros atendidos en 2020 fueron el 27,5%, de 82 nacionalidades. La barrera lingüística puede provocar un fallo de seguridad en la comunicación.

Objetivos

Elaborar e implantar un cuestionario de triaje adaptado a pacientes con sospecha de SARS-Cov2 en su idioma nativo.

Conocer la utilidad y el grado de satisfacción percibido por los profesionales con el uso de esta herramienta.

Metodología

Elaboración de un cuestionario de triaje Covid-19 multilingüe en colaboración con el Departamento de Traducción e Interpretación de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Málaga. Se ofertó formación y se elaboró un cuestionario para evaluar la satisfacción de los profesionales.

Resultados

Implantación de un cuestionario de triaje multilingüe adaptado al SARS-Cov2 con 21 signos y síntomas traducido al lenguaje coloquial en 28 idiomas. Formado el 100% de los profesionales (n=81). Triado el 100% de los pacientes extranjeros atendidos en marzo-abril de 2020 (n=2.771). Elaborado cuestionario de evaluación de la herramienta con 9 preguntas sobre la utilidad y satisfacción con la herramienta y su posible impacto en la prevención de riesgos. Tasa de respuesta del 46,9% (n=38), edad media de 30-40 años, 71,1% mujeres; 47,4% con antigüedad en urgencias de 1-5 años, 34,1% más de 10. El 100% de los profesionales están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la barrera idiomática puede ser un factor que afecte a la seguridad del paciente y favorezca la aparición de un evento adverso, pudiendo influir en el aumento de los tiempos de triaje y consideran, por tanto, útil disponer de esta herramienta. El 97,44%, en que la atención a pacientes extranjeros dificulta el triaje, considerando el 73,7% que esta herramienta mejora los tiempos de atención. El 81,6% considera que el cuestionario se adapta a las necesidades para asignar el nivel de prioridad y muestran estar muy satisfechos con esta herramienta. Como mejora recomiendan el uso de la misma en un dispositivo de traducción simultánea.

Conclusiones

Los problemas de comunicación son una de las causas de errores en la atención sanitaria, y se incrementan con la barrera lingüística. El uso de herramientas que faciliten una comunicación veraz, segura y rápida, nos permite una adecuada clasificación del paciente reduciendo los tiempos de triaje, iniciando las medidas de prevención y aislamiento de forma precoz. Reduce la situación de estrés del profesional mejorando su satisfacción y seguridad en la atención.

REVISIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA DISPENSACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE NO INGRESADO

Autores: JIMÉNEZ PICHARDO L, GÓMEZ SAYAGO L, RODRÍGUEZ MOLINS E, RODRÍGUEZ CASTILLA J

Palabras clave: SEGURIDAD, TELEFARMACIA, DISPENSACION, COVID19.

Objetivos

Con el fin de mejorar la seguridad del paciente ambulatorio en cuanto a la dispensación de la medicación hospitalaria, el servicio de farmacia elaboró un protocolo de telefarmacia para atender a estos pacientes en tiempos de COVID-19.

El objetivo de este estudio es medir los resultados tras un año de su implantación.

Metodología

Estudio transversal descriptivo de marzo 2020-marzo 2021. Con el programa de telefarmacia se llevaron a cabo las siguientes actividades: seguimiento farmacoterapéutico (mediante llamada telefónica y consulta de la historia clínica digital para validar el tratamiento), información y formación a los pacientes, coordinación con el equipo multidisciplinar y dispensación de la medicación a la zona básica de salud (Z.B.S) mediante la red de celadores para que una vez aquí fuera transportada a los diferentes centros de salud. El paciente recogería la medicación en este punto, sitio más cercano y seguro que el hospital. Los primeros meses se incluyeron en el programa todos los pacientes salvo pacientes onco-hematológicos que tenían que acudir a consulta médica para continuar el ciclo de tratamiento y aquellos que no dieron su consentimiento. A partir de junio, los pacientes incluidos en el programa fueron sólo habitantes de zonas geográficas de difícil acceso y excepcionalmente otros pacientes por diversos motivos. En todas las fases del proceso se garantizaba la seguridad, confidencialidad y protección de datos.

Resultados

En este periodo han sido atendidos mediante telefarmacia 115 pacientes, pertenecientes a 6 Z.B.S con la distribución siguiente: Z.B.S 1= 23,5% ; Z.B.S 2=34,78%; Z.B.S 3=12,17 %; Z.B.S 4= 15,65%; Z.B.S 5=4,35%; Z.B.S 6= 9,55%.

Se ha dispensado una gran variabilidad de fármacos, clasificados en los siguientes grupos: fármacos para la esclerosis múltiple (8,9%), fibrosis quística (0,4%), tratamiento antirretroviral (6,08%), fórmulas magistrales (2,60%), terapias biológicas para reumatología (29,56%), digestivo (0,86%) y dermatológica (6,08%), quimioterapia oral de hematología (7,82%) y de oncología (8,61%). También otros fármacos incluidos dentro del grupo "hospitalario" (30,43%) para asma grave, factores estimulantes de colonia, antihipercolesterolemiantes subcutáneos, etc.

Mediante el programa de telefarmacia se han atendido patologías muy diversas; las más frecuentes han sido: artritis reumatoide y psoriásica, esclerosis múltiple, cáncer de próstata, leucemia mieloide crónica, mieloma múltiple e infección por VIH.

Conclusiones

La implantación de la Telefarmacia ha supuesto mejorar la accesibilidad de la población a los medicamentos limitando la visita al hospital y evitando el desplazamiento del paciente. Por lo que se ha mejorado la seguridad en pacientes inmunodeprimidos y con patologías reumatológicas o neurológicas especialmente.

Sería interesante evaluar la satisfacción del paciente, el impacto en salud, y a ser posible, los costes asociados en próximos estudios.

REUNIONES DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DURANTE EL COVID-19. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN

Autores: LÓPEZ-ORTIZ I, RIVAS-LÓPEZ C, GONZÁLEZ-MANZANO CM, MUÑOZ-VALENZUELA E, GARCÍA-MARTÍN M

Palabras clave: COVID-19, EMERGENCIAS, SEGURIDAD DEL PACIENTE, EQUIPOS DE SALUD

Análisis de situación y contexto

El actual contexto de la pandemia COVID-19 supone un reto añadido en la transferencia segura del paciente. Las características de esta nueva enfermedad, las estrictas medidas de aislamiento y la adaptación de espacios y circuitos asistenciales, constituyen nuevas barreras adicionales, tanto en la transferencia de la información como en la posible pérdida de información relevante del paciente. En nuestro hospital, la unidad de observación necesitó desdoblarse en dos unidades bien diferenciadas. Una de alta sospecha COVID-19 y otra NO-COVID.

Descripción de la intervención de mejora

En este contexto complejo, los objetivos planteados fueron, por un lado, implantar reuniones diarias de seguridad en nuestra unidad y posteriormente, evaluar el conocimiento y la adherencia de la herramienta por el personal de la unidad. Para la consecución de estos objetivos, se constituyó un equipo de trabajo multidisciplinar que diseñó una actividad formativa específica acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Se impartieron 7 convocatorias de esta sesión en formato virtual. La herramienta comenzó a utilizarse de forma intermitente en los dos últimos meses del año 2020 pero durante el primer trimestre de 2021 se realizó este "briefing" a diario, en las dos áreas de observación, de lunes a viernes. Para garantizar su cumplimiento esta tarea fue asignada a un referente que asumía el rol de director de briefing.

Evaluación y resultados

Para la evaluación de la intervención de mejora, se diseñó un cuestionario que incluía 14 ítems y que valoraba, por un lado, el nivel de conocimiento del personal adscrito sobre la nueva herramienta implantada, y por otro lado, la adherencia conseguida. El índice de consistencia interna del cuestionario fue de un alfa de Cronbach de 0,89. El periodo seleccionado para rellenar el cuestionario fue la primera semana de Abril de 2021. Este cuestionario incluía también preguntas abiertas donde los entrevistados identificaban áreas de mejora. El tamaño muestral estuvo compuesto por 120 sujetos de los que el 77,5 % (n=93) eran mujeres y el 22,5 % (n=27) eran hombres. La edad media fue de 36,3 (DE=6,28).

Conclusiones

El personal sanitario integrante del área de urgencias de nuestro Hospital ha incorporado a su rutina diaria reuniones de seguridad, donde se pone en común información relevante en materia de seguridad del paciente. El personal de la unidad ha acogido esta herramienta y la ha incorporado a su rutina asistencial, resaltando su utilidad práctica y aumentando su percepción de seguridad del entorno.

ENFERMERA REFERENTE ESCOLAR COMO GARANTE DE LA SEGURIDAD FRENTE A LA TRANSMISIÓN DEL SARS-COV2 EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE ANDALUCÍA

Autores: MARÍN ANTEQUERA FJ, BERMÚDEZ ALONSO JM, BIEDMA FERNÁNDEZ JA, NARBONA RODRÍGUEZ L, DOMÍNGUEZ CHICO MJ

Palabras clave: ERC, COVID19, COLEGIOS, ALUMNOS, PROFESORES, SARS-COV2, ENFERMERA, SEGURIDAD.

Análisis de situación y contexto

El cierre de los centros educativos durante la primera ola de la pandemia de la covid 19 puso de manifiesto su impacto sobre la educación, así como sobre la infancia y la sociedad en general. Lo cual llevó a plantear una estrategia distinta de cara al nuevo curso escolar, retomando la educación presencial.

La educación a distancia no sustituye el aprendizaje y la socialización que se propician en el entorno escolar.

Para contribuir en esta nuevo horizonte se crea la figura del enfermero referente escolar (ERC), con el propósito de crear entornos escolares seguros y detectar y gestionar precozmente los casos positivos.

Descripción de la intervención de mejora

Ante la aparición de casos sospechosos en el ámbito educativo, los coordinadores covid escolares los notifican a través de una plataforma APEX a los ERC, los cuales nos encargamos de contactar con los usuarios para valorar su cuadro clínico y gestionar pruebas diagnosticas de infección activa, y derivar a sus facultativos referentes de atención primaria según las necesidades en cada caso, además de pautar los aislamientos pertinentes y solventar todas las dudas que las familias puedan presentar. Todo esto agiliza la atención de dichos casos a la vez que evita sobrecargar aún mas nuestro sistema sanitario.

Evaluación y resultados

El estudio recoge datos de los casos sospechosos-casos confirmados en centros educativos de Andalucía, tras las vacaciones de navidad, que coinciden con el pico de la tercera ola: del 18 de enero al 7 de febrero 2021, extraídos de la plataforma APEX.

Se comunicaron un total de 35.918 casos sospechosos atendidos en dicho periodo, de los cuales se confirmó su posibilidad en 12.388, un 34.48% entre alumnos y profesores.

De los 33.189 alumnos sospechosos, se confirmaron 10.701, un 32.24%

De los 2.729 profesores sospechosos, se confirmaron 1.687, un 61.8%

Conclusiones

La intervención del ERC ante casos sospechosos reduce el tiempo necesario para el diagnóstico del la covid 19, propiciando un aislamiento precoz que nos permite romper la cadena de transmisión del Sars-cov2, al agilizar el diagnóstico, así como el posterior estudio de contactos y pertinente aislamiento, fomentando la seguridad en las aulas y generando un entorno de confianza en la comunidad educativa.

Dado el alto porcentaje de docentes sospechosos que finalmente resultan positivos (muy por encima del de alumnos), se hace fundamental el control de dichos casos por parte del ERC.

TELECONSULTA EN EL ÁREA DE URGENCIAS PARA ATENCIÓN DE PACIENTES RESPIRATORIOS SOSPECHOSOS DE COVID-19

Autores: BAENA-LÓPEZ MA, MAROTO-MARTÍN S, GARZÓN-MIRALLES A

Palabras clave: TELECONSULTA, EPIS, TECNOLOGÍA, INNOVACIÓN.

Análisis de situación y contexto

La irrupción de la pandemia por SARS-Cov-2 en el año 2020 ha supuesto un reto de primer nivel para las organizaciones sanitarias. Por un lado, el reto de adaptar instalaciones y equipamiento para dar soporte al incremento de pacientes. Por otro la pandemia ha impulsado la puesta en marcha de medidas innovadoras para desarrollar una atención segura para los profesionales sanitarios, que han sido uno de los colectivos que ha sufrido la infección en mayor medida por el alto riesgo de exposición y la escasez de EPIs en la primera ola de la pandemia.

Descripción de la intervención de mejora

Ante la necesidad de buscar nuevas estrategias de valoración de pacientes en urgencias con sospecha de patología respiratoria y minimizar la exposición del personal sanitario, se instauró la Teleconsulta para atención de pacientes en urgencias con sospecha de infección COVID-19 no grave (usada a través de un protocolo específico) y, a priori, no precisen ingreso. Los objetivos que se buscaban eran:

- Incrementar la seguridad para el resto de pacientes y para el profesional sanitario.
- Una atención ágil y de calidad.
- Gestión eficiente de recursos (materiales de protección, EPIs).

Se instaló un sistema de videoconferencia en cabina individual que cuenta con: ordenador, pulsioxímetro, tensiómetro automático, termómetro y la otra gran novedad, un fonendoscopio con red Wifi, que reproduce el sonido en la tableta de la que dispone el médico en su sala.

Se establece una entrevista entre paciente y el médico situado al otro lado, el cual anota todos los datos en la historia clínica, se realiza una autoexploración supervisada de forma remota.

Evaluación y resultados

Durante el período de estudio analizado (desde 18 marzo al 20 abril) se atendieron 775 pacientes por telecabina. La edad media fue de 72 ± 7 años. La distribución de hombres y mujeres fue 57,6% y 43,4% respectivamente. Entre los síntomas más destacables que se analizaron fueron: Tos (77%), Fiebre o historia reciente de fiebre (77.3%), Disnea (60,6%), Escalofríos (25,8%), Diarrea (15,2%).

Se estimó un ahorro aproximado de 7.484,61€ en EPIS durante el período de estudio.

Conclusiones

Los resultados del estudio muestran que la implementación de este modelo de Teleconsulta puede ser una medida eficaz y eficiente en la estratificación de pacientes con patología respiratoria, y resolutive en aquellos pacientes de menor complejidad, garantizando su seguridad.

La teleconsulta permite la reducción de costes económicos derivados de la no utilización de EPIS por el personal sanitario que atiende los pacientes.

CHECKLIST EN TERAPIAS ECMO

Autores: ROBLES CARRIÓN J, VEGA VÁZQUEZ FJ

Palabras clave: ECMO, UCI, COVID-19.

Análisis de situación y contexto

La aparición del virus SARS-CoV-2 ha causado una pandemia mundial con graves consecuencias.

Aunque la mayoría de los pacientes con COVID-19 tienen síntomas moderados y se recuperan rápidamente, algunos pacientes desarrollan insuficiencia respiratoria grave y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) que requieren ingreso en cuidados intensivos. La mortalidad en pacientes con COVID-19 que requieren ventilación mecánica es alta. El uso de ECMO (oxigenador de membrana extracorpórea) puede salvar la vida en pacientes con formas graves de SDRA o con compromiso cardio-circulatorio refractario.

El ECMO es un dispositivo mecánico circulatorio que podrá realizar la función pulmonar o cardiopulmonar en pacientes con fallo cardíaco (ECMO V-A) y/o respiratorio (ECMO V-V) que no responden a las medidas terapéuticas habituales.

Descripción de la intervención de mejora

Para el manejo de esta terapia se debería de contar con un equipo multidisciplinar, formado y experimentado, debido a que esta terapia maneja altos flujos de sangre que extrae a través de gruesos catéteres en grandes vasos, con el consecuente riesgo y consecuencias potenciales graves e incluso letales para el paciente.

En tiempos de pandemia y ante la enorme carga asistencial, no todos los profesionales de Enfermería conocían el manejo de dicho dispositivo, así como los componentes del sistema, la monitorización del paciente y registro de parámetros.

Por todo ello y para garantizar la seguridad y calidad de los cuidados de este tipo de pacientes, se instaaura el uso de *checklist*, que consiste en un listado de verificación por turno del correcto montaje, fijación, funcionamiento, colocación, materiales de urgencias y por supuesto cuidados de enfermería destinados a detectar, anticipar y mitigar cualquier tipo de potencial complicación.

Evaluación y resultados

El manejo de estas terapias en pacientes COVID, incluso en personal con menos experiencia ha mejorado gracias a la implantación y manejo de este protocolo y *checklist* de seguridad, así como disminución de errores potencialmente evitables, pese a las dificultades de carga de trabajo que hemos y estamos sufriendo durante esta pandemia.

Conclusiones

El *checklist* es sencillo, rápido y fácil de ejecutar incluso para el personal con escaso manejo en este tipo de terapias, favoreciendo y aumentando el uso de buenas prácticas que ayuden a conseguir la excelencia en los cuidados en paciente crítico en tiempos de COVID.

ESTRATEGIA DEL LABORATORIO PARA LA COMUNICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: ARREBOLA-RAMÍREZ MM, BARDÓN-DE-TENA P, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ I, SORIANO-BUENO G, PORRINO-HERRERA MC

Palabras clave: LABORATORIO, COMUNICACIÓN, CRÍTICOS.

Análisis de situación y contexto

La seguridad del paciente es un reto de los sistemas sanitarios. En España, el porcentaje de sucesos adversos en los hospitales se sitúa en el 8,4%, con una repercusión mayor o menor en su estado de salud [MSC, 2006]. La asistencia sanitaria depende en gran medida de los resultados del laboratorio ya que éstos son esenciales para el diagnóstico y el establecimiento de las medidas terapéuticas. La relevancia es tal que se estima que en torno a un 60-70% de las decisiones médicas diarias se toman en base a los resultados del laboratorio.

Uno de los retos del laboratorio consiste en la mejora continua de la seguridad del paciente; por ello, el sistema de comunicación de los valores críticos-alarmanentes-discrepantes debe ser una línea estratégica del laboratorio para garantizar la seguridad del paciente.

Descripción de la intervención de mejora

Para mejorar esta línea estratégica revisamos nuestro Procedimiento Normalizado para la Comunicación de Resultados Críticos consensuado con los distintos servicios peticionarios. A partir de aquí se realizaron distintas intervenciones para mejorar la trazabilidad y la comunicación de todo el proceso.

En primer lugar se automatizó la creación de un comentario en el sistema informático de laboratorio (SIL) siempre que aparece un resultado crítico. Cuando aparece el comentario, nuestra actuación para contactar con el personal sanitario es a través de 2 vías:

- a) Vía telefónica para las peticiones urgentes (quedando registro en el SIL)
- b) Vía aplicación corporativa "Sistema Integral de Comunicación de Alertas" (SICA), a través del cual se genera un sms al servicio peticionario.

Por último, debido a la pandemia se creó la necesidad de contactar no sólo con el servicio peticionario sino también con el paciente. Para ello se desarrolló otra aplicación corporativa: "REGISTRO DE PRUEBAS" (PDIA), donde se envía un sms al teléfono que facilita el propio paciente cuando se le realiza la toma de muestra, y a Epidemiología.

Evaluación y resultados

Los datos están referidos al año 2020. El total de avisos telefónicos registrados en el SIL fueron 1.001: Avisos SICA de Bacteriología:105; Avisos SICA de Hematología: 130; Avisos SICA de Análisis Clínicos: 354; Avisos SICA de resultados positivos de SARS-CoV-2: 1.486.

El total de comunicados PDIA de resultados a pacientes: 5.134

El total de avisos fueron 8.210 de las 204.469 peticiones realizadas.

Conclusiones

Nuestro laboratorio ha generado un 4% de avisos del total de peticiones recibidas.

La implicación de los laboratorios es fundamental para garantizar una actuación sanitaria rápida y contribuir de esta forma a la seguridad del paciente.

SEGURIDAD Y EVOLUCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO (USUARIOS DE CENTROS DE DÍA EN ESTADO DE ALARMA)

Autores: GÓMEZ VERA A, GÓMEZ MATEO E

Palabras clave: TERAPIA OCUPACIONAL, CENTRO DE DÍA, DETERIORO COGNITIVO, ESTADO DE ALARMA, COVID-19.

Análisis de situación y contexto

La actuación diurna en centros de día favorece la permanencia del adulto mayor en el hogar. Este tipo de recursos es muy necesario en una sociedad cada vez más envejecida para alargar el momento de la institucionalización en centros residenciales. La atención realizada desde Terapia Ocupacional busca promover la autonomía en las actividades de la vida diaria a través de la realización de actividades con un fin terapéutico. Durante el primer estado de alarma en España debido a la COVID-19 (desde el 15 de marzo al 21 de junio) se cerraron las actividades en los centros de día para mayores. Un grupo de riesgo en el parón de las actividades son los adultos mayores con deterioro cognitivo leve que son los que encabezan este estudio. Se intentó velar por la seguridad de estas personas suspendiendo todas las actividades y ofreciendo otros recursos para no desvincularse de su rutina creada anteriormente.

Descripción de la intervención de mejora

Para que este grupo de adultos con deterioro cognitivo leve no vieran mermadas sus facultades y funcionalidad en torno a las AVD se utilizaron las nuevas tecnologías para crear una rutina diaria y conexión con el exterior. El grupo de personas que no tenían acceso a nuevas tecnologías se les hizo un seguimiento telefónico.

Evaluación y resultados

Del grupo presencial a los talleres de estimulación cognitiva formado por 28 personas, tenían los medios para continuar de forma segura con nuevas tecnología sólo 15 personas. Los resultados nos indican que los mayores que continuaron las actividades y los ejercicios propuestos no les repercutió la situación actual en la puntuación de los test realizados a comienzo del 2020. Los adultos mayores que se aislaron y siguieron sólo en seguimiento telefónico el deterioro cognitivo pasó de leve a moderado. Para cuantificar este deterioro se utilizó la escala Mini Mental de Folstein en enero 2020 y en julio 2020.

Conclusiones

Las actuales tecnologías permiten continuar ofreciendo determinados tratamientos y conexión en remoto a grandes grupos de personas para ofrecerles un entorno seguro en la situación actual de pandemia que estamos viviendo. Nos permiten minimizar el riesgo de contagio y ofrecer seguridad de continuar vinculados desde su hogar.

Las personas que hicieron uso de las nuevas tecnologías sufrieron menos cambios con respecto a sus compañeros que no tenían acceso a ellas.

“AULAS SEGURAS” IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE ENFERMERA REFERENTE COVID ESCOLAR EN EL SUR DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Autores: LUQUE-ROMERO SÁNCHEZ M, DÍAZ EXPÓSITO FJ

Palabras clave: ENFERMERA-ESCOLAR, COVID-19, CORONAVIRUS, PANDEMIA.

Análisis de situación y contexto

La situación de pandemia global por SARSCoV-2 ha puesto de manifiesto la necesidad de mantener el derecho de la educación, preservando el de la salud, creando las actuaciones necesarias para el control y gestión de casos relacionados con la COVID-19 en los centros educativos. En este marco, se crean protocolos de actuación específicos materializados por perfiles profesionales en los ámbitos de educación y salud. Tras seis meses de trabajo, se lleva a cabo una evaluación de lo realizado a través de un análisis descriptivo-observacional del trabajo diario de una Enfermera Referente COVID-19 en 24 centros educativos de la localidad de Montilla, perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.

Descripción de la intervención de mejora

La estrategia adoptada coloca la comunicación como factor clave entre los ámbitos de Educación, Servicios Sanitarios y Salud Pública, siendo la figura de la Enfermera Referente agente fundamental para la gestión de estos casos. Para ello, además de otras herramientas convencionales de comunicación, se cuenta con una plataforma informática del Servicio Andaluz de Salud (Apex Covid), enlazada con un módulo del Portal SÉNECA, de los servicios educativos. Cuando un docente necesita notificar un caso con síntomas de sospecha, se comunica inmediatamente con el Coordinador Covid de su centro, que realiza el registro en la aplicación, mostrando ésta un aviso a la Enfermera Referente, que inicia los procedimientos.

Evaluación y resultados

Los resultados evidencian que las medidas de control, seguimiento y coordinación están siendo efectivas en el rastreo, aislamiento y gestión de casos sospechosos, propiciando de esta manera un entorno seguro para la comunidad educativa. Por otro lado, no se han registrado incidencias comunicativas con discentes y docentes, sospechosos o confirmados, así como con sus familias, existiendo una proactividad que ha aportado una comunicación asertiva, empática y confiable.

Conclusiones

El trabajo por protocolos ante la COVID-19 es primordial en la toma de decisiones y su aplicación, previendo problemas y aportando soluciones, aclarando y homogeneizando actuaciones, evitando con ello la posible aparición de eventos adversos que pudiesen estar asociados a este proceso de atención sanitaria. Por otro, las competencias enfermeras han resultado ser fundamentales, manifestándose la idoneidad de contar con figuras de referencia sanitaria en los centros educativos, que no sólo eduque y promueva salud, sino también capacidad de respuesta ante incidencias o situaciones de emergencia que se produzcan en la jornada escolar, permitiendo lograr unas aulas seguras.

CIRCUITO DE SEGURIDAD PARA PACIENTES COVID PARA REALIZACIÓN DE RX TÓRAX EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

Autores: VALENCIA JIMÉNEZ JM, YESTE DÍAZ MI, VALENCIA JIMÉNEZ C, BÁRCENAS VILLEGAS D, SERRANO CATENA MT

Palabras clave: CIRCUITO, SEGURIDAD PACIENTE, ADAPTACIÓN, VALORACIÓN.

Análisis de situación y contexto

En el transcurso de la tercera ola de la pandemia nuestro hospital fue designado “Centro de evacuación,” asumiendo pacientes COVID, procedentes en su gran mayoría desde las distintas residencias de mayores de la provincia. Para ello se transformó nuestra hospitalización polivalente para acogerlos con la mayor seguridad y eficacia posible y que a su vez se sintieran atendidos con cuidados humanizados.

Supuso un reto diseñar el circuito para el traslado de dichos pacientes al área de CID para realización de Rx de tórax que solicitaban los facultativos y que era necesario para controlar su evolución y su diagnóstico.

Al principio se trasladaba a los pacientes para la realización del estudio radiológico de manera escalonada, con las dificultades que ello provocaba en la dinámica de las unidades de hospitalización, urgencias y CID.

Descripción de la intervención de mejora

En consenso con el personal de enfermería, TER y facultativos y personal de limpieza, se diseñó una estrategia de traslado programado de los pacientes, la cual incluía valorar la hora de menor presión asistencial en Área de Urgencias de nuestro hospital, asegurándonos la cumplimentación previa de las solicitudes de las radiografías y que fuera posible realizar el traslado de todos los pacientes.

Evaluación y resultados

Con esta mejora se consiguió que todos los pacientes COVID fueran trasladados para estudio radiológico de manera organizada, en una franja horaria determina, con una mínima o nula repercusión en la dinámica de las áreas implicadas.

También aumentó la eficacia y la eficiencia de los recursos materiales y humanos que participaban en el traslado de nuestros pacientes y la realización de pruebas radiológicas.

Conclusiones

Se consiguió ordenar y reestructurar todos los recursos que participaban en el traslado de pacientes al servicio de COVID.

Ha sido posible diseñar y llevar a cabo un circuito independiente para estos pacientes, de una manera segura, minimizando el contacto con el resto de pacientes de nuestro hospital.

¿QUÉ HA APORTADO UN SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA A PROFESIONALES SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL COMARCAL?

Autores: MARTÍNEZ MONROBE B, GARCÍA PÉREZ MD, ALBA RODRÍGUEZ M, SÁNCHEZ ELÍAS TM

Palabras clave: SALUD, MENTAL, PROFESIONALES, SANITARIOS, COVID-19, PSICOTERAPIA, PSICOLOGÍA, SEGUIMIENTO.

Análisis de la situación y Contexto

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, en un hospital comarcal se han puesto en marcha una serie de medidas, dentro de las actividades del Servicio de Salud Laboral, enfocadas a mejorar la salud de los profesionales sanitarios, que durante este periodo están siendo uno de los colectivos más expuestos a sus consecuencias negativas, tanto a nivel de contagios por la propia enfermedad como por las consecuencias que acarrea a nivel de su salud física y mental.

Descripción de la intervención de mejora

Dado que la salud emocional de los profesionales sanitarios es un ámbito que requiere una atención más específica, se puso en marcha un programa de atención al profesional elaborado por una psicóloga del centro e impulsado desde el Servicio de Salud Laboral. Dicho programa incluía, entre otras actuaciones, el acompañamiento telefónico de los profesionales que lo solicitaban o que eran derivados al mismo desde el Servicio de Salud Laboral tras detectar esa necesidad en los trabajadores atendidos.

Evaluación y resultados

Para evaluar la percepción por parte de los profesionales sanitarios que han participado en dicho programa de atención psicológica hemos realizado un cuestionario en el que indagamos sobre el nivel de ayuda que le ha proporcionado durante la pandemia, así como a los aspectos más destacados del programa y aquellas áreas de mejora que proponen.

En los resultados sobre una muestra de 43 profesionales atendidos en el hospital objeto de este estudio, respecto a la pregunta sobre el grado de acuerdo con “el programa de atención psicológica me ha ayudado durante la pandemia”, el 67.44% ha respondido “Muy de acuerdo”, el 23.26% “De acuerdo”, el 6.98% “Neutro” y el 2.33% “Poco de acuerdo”

Conclusiones

Respecto a las áreas más destacadas por los profesionales se encuentra el acompañamiento y seguimiento realizado, así como la profesionalidad y disponibilidad de la psicóloga en todo momento. Las áreas de mejora expresadas por los profesionales han sido principalmente la corta duración del programa y el tiempo de dedicación de la psicóloga disponible para el mismo. Sobre los resultados percibidos por los profesionales, destacan la mejora en su capacidad de afrontamiento de los aspectos emocionales relacionados con la pandemia, así como la mejora en la gestión del estrés.

PARÁMETROS DE SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA EN LOS PACIENTES COVID

Autores: CARABALLO CAMACHO N, BONILLA SIERRA MD, ARANDA GARCÍA FJ, PALANCO PARREÑO A

Palabras clave: FISIOTERAPIA, COVID-19, SEGURIDAD.

Análisis de la situación y contexto

El 80% de las personas con covid-19 presentan sintomatología de leve a moderada, el 13,8% presenta una enfermedad severa y un 6,1% serán pacientes críticos. Un 75% de los pacientes hospitalizados tendrán un ingreso de larga duración (mayor o igual a 21 días). El papel de los fisioterapeutas es crucial para ayudarles en el retorno a las actividades diarias, la recuperación pulmonar, el manejo de la disnea y la fatiga equilibrando actividad y reposo.

Dada la complejidad de esta patología es necesario delimitar los parámetros de seguridad en el tratamiento para evitar eventos adversos.

Descripción de la intervención de mejora

Se han establecidos unos indicadores para iniciar o interrumpir el tratamiento de fisioterapia en las distintas etapas del mismo que deben ser verificados antes y durante cada sesión para garantizar la seguridad del paciente.

1. Paciente en unidad de cuidados intensivos

Saturación de oxígeno mayor o igual a 90-92%; Frecuencia respiratoria menor o igual a 30 respiraciones por minuto; Presión arterial sistólica mayor o igual a 90 y menor o igual a 180 mmHg; Frecuencia cardiaca entre 40 y 120 latidos por minuto; No arritmias, isquemia miocárdica, trombosis, shock; Escala RASS de -2 a +2; Temperatura menor a 38°C.

Antes de iniciar la sesión se comprueba el estado del paciente con el médico intensivista y el personal de enfermería.

2. Paciente hospitalizado y tratamiento en sala de fisioterapia

Debe cumplir los criterios de estabilidad anteriores.

Se interrumpe el tratamiento si aparecen las siguientes situaciones: Sensación de malestar general; Opresión en el pecho; Mareos, cefalea, visión borrosa; Alteración del nivel de conciencia, agitación; Bajada de la saturación de oxígeno superior al 5-10%; Aumento de la sensación de disnea mayor de 3 puntos en la escala de Borg.

3. Tratamiento domiciliario:

- Durante las seis primeras semanas, se recomienda no superar la puntuación 4/10 en la escala de Borg.
- Seguir el resto de indicaciones anteriores.

Evaluación y resultados

No se han producido eventos adversos graves en nuestra unidad siguiendo los parámetros descritos.

Conclusiones

La utilización de estos indicadores de control durante las sesiones de fisioterapia nos ha permitido controlar el nivel de esfuerzo de los pacientes y evitar eventos no deseados. Importancia del equipo multidisciplinar y una adecuada comunicación entre profesionales para asegurar un tratamiento seguro y efectivo. Al instruir al paciente en el uso de la escala de esfuerzo percibido de Borg facilitamos la continuidad del tratamiento en domicilio y su seguridad.

Índice de autores

A

AGUADO PAREDES A.....	33, 38, 43
AGUDO PONCE D.....	70, 77
AGUILAR CASTILLO MJ.....	169
AGUILERA-CAMPAÑA MC.....	177
AGUILERA CASTILLO O.....	22
AGUILERA MORALES WA.....	9
AGUILERA SERRANO C.....	179
ALABARCE GARCÍA A.....	70
ALAOUI BENABDERRAHMAN N.....	101
ALAS BUZÓN MC.....	74
ALBA FERNÁNDEZ CM.....	64, 90
ALBA RODRÍGUEZ M.....	199
ALEMANY LASHERAS FJ.....	163
ALFONSO ARIAS JD.....	182
ALFONSO PÉREZ DP.....	81
ALMANSA LÓPEZ JF.....	125
ALONSO ALONSO E.....	8
ALONSO ARAUJO I.....	51, 52
ALONSO GARCÍA F.....	93
ALONSO-MORALES MF.....	177
ALONSO RUEDA IO.....	4
ÁLVAREZ DE LARA MA.....	108
ÁLVAREZ GARCÍA M.....	54
ÁLVAREZ MORENO ML.....	34
ÁLVAREZ MURIAS M.....	61
ÁLVAREZ-SÁNCHEZ R.....	175
ÁLVAREZ VELARDE S.....	140
AMOR ALMEDINA MI.....	185
ANDA APIÑÁNIZ E.....	19
ANDUEZA GAY D.....	53
ANDÚJAR ÁLAMO B.....	143
ANGULO PAIN E.....	74, 122, 124
ANTELO CAAMAÑO ML.....	141
ARANDA GALLARDO M.....	2, 39
ARANDA GARCÍA FJ.....	200
ARANDA LASERNA P.....	5
ARAUJO BUENO ML.....	102
ÁRDENAS RODRÍGUEZ JA.....	17
ARESTÉ FOSALBA N.....	85, 93
ARIAS DÍAZ V.....	183

ARIZA SALAMANCA MC.....	115
ARJONA ARJONA JJ.....	77
ARMENTEROS ORTIZ PJ.....	185
ARMENTEROS PÉREZ PJ.....	146
ARNEDILLO-SÁNCHEZ S.....	131
ARRAIZA SALDISE MD.....	19
ARRÁNS R.....	126
ARREBOLA-RAMÍREZ MM.....	195
ASENSIO AI.....	29
ATIENZA RUIZ M.....	116
ÁVILA GUTIÉRREZ R.....	112
AZNAR GARCÍA M.....	35
AZNAR MÉNDEZ R.....	124

B

BAENA-LÓPEZ MA.....	3, 193
BALDOMINOS UTRILLA G.....	116
BAÑA SOUTO MS.....	161
BARBERÁ GARCÍA AM.....	188
BARCELÓ GARACH E.....	121
BÁRCENAS VILLEGAS D.....	12, 24, 198
BARDÓN-DE-TENA P.....	195
BARRALES M.....	84
BARRERO SOJO S.....	39
BARROSO DELGADO ML.....	148
BARROSO RELINQUE N.....	49
BASANTA GONZÁLEZ MD.....	14
BAYO NEVADO MA.....	88
BELTRÁN ÁVILA FJ.....	136
BELTRÁN GARCÍA M.....	9
BENABDERRAHMAN NA.....	144
BENAVENTE FERNÁNDEZ A.....	5, 175
BENÍTEZ RUBIO FJ.....	68
BENITO ROMERO MI.....	89
BENITO ROMERO P.....	89
BENITO VÁZQUEZ E.....	89
BENZO IGLESIAS MJ.....	11
BERMÚDEZ ALONSO JM.....	192
BERNAD RODRIGO B.....	124
BERNAL BASURTO R.....	77
BIEDMA FERNÁNDEZ JA.....	192

BLANCO ROMÁN N	118
BLÁZQUEZ RUIZ MV	62
BONILLA RAMÓN J	67
BONILLA SIERRA MD	200
BORJA URBANO G	4
BRANDARIZ NUÑEZ D	120
BRENES ORTEGA AM	188
BRETONES PEDRINACI JI	35, 123
BUENO CAVANILLAS A	139
BULO CONCELLÓN R	91
BURGOS PÉREZ E	138

C

CABA PORRAS I	94
CABELLO MONTORO FJ	178
CABEZA CÁCERES P	183
CABEZA CÁCERES R	41
CALERO MUÑOZ V	114
CALVO BERNAL M	42
CALVO FERNÁNDEZ E	54
CAMPANO PÉREZ L	76
CANCA SÁNCHEZ JC	2
CANO MARTÍN E	21
CANTO MANGANA J	35, 100, 119, 123
CARABALLO CAMACHO N	200
CÁRDENAS RODRÍGUEZ JA	34
CARMONA GUERRERO AC,	157
CARO CABELLO AI	27
CARRASCAL DÍAZ MP	140
CARRASCO GUERRERO M	158
CARRASCO RIVERIEGO A	29
CARRILES GÓMEZ M	148
CARVAJAL MURIEL AJ	114
CARVAJAL SÁNCHEZ MA	69
CASADO DAZA M	102
CASADO FERNÁNDEZ E	64, 90
CASAL-SÁNCHEZ MM	132
CASAS GONZÁLEZ C	84
CASTAÑO RODRÍGUEZ A	150
CASTEJÓN OJEDA MP	163
CASTELLÓN SÁNCHEZ JJ	155
CASTILLA HEREDIA JP	21
CASTILLEJO GARCÍA R	43
CASTILLO-ANTÚNEZ MJ	147

CASTILLO DORADO B	23
CASTILLO MARTÍN C	43
CASTRO ARMADA I	95
CASTRO PÉREZ P	71
CASTRO RAMÍREZ IJ	137
CASTRO VIDA MA	17, 34, 99, 100, 119, 123
CEREZUELA ALCARAZ MA	106
CERVANTES HERRERA JA	70
CHACÓN MANZANO MC	58
CHINCHILLA ALARCÓN T	92
CHOMOCHO AYUSO A	75
CLAMAGIRAND SAIZ V	95
CLARAMUNT GARCÍA R	94
COBIÁN MARTÍNEZ J	26
COLLANTES ESTÉVEZ E	185
CORDERO GÓMEZ AA	166
CÓRDOBA GARRIDO L	36
CORONIL MARCHÁN C	29
CORPAS MOYANO D	117
CORPAS PASTOR G	189
CORRALES LÓPEZ DE AHUMADA S	153
CORRALES PAZ M	91
CORRAL SALVADOR C	155
CORRERO-BERMEJO A	154
CORRERO-GARCÍA A	154
CRUZ-CONTARINI LÓPEZ J	171
CRUZ GARCÍA LM	166
CRUZ MUÑOZ S	93
CUADRA CALAHORRA A	184, 187
CUADROS GÓMEZ MJ	25
CUENCA CUENCA JI	118

D

DE DIOS GARCÍA M	152
DE LA CRUZ-RUANO FERRER F	31
DE LA HABA GAVILÁN V	178
DE LA TORRE GÁLVEZ IM	162
DEL RÍO GONZÁLEZ A	8
DÍAZ CORTÉS MM	27
DÍAZ EXPÓSITO F	117
DÍAZ EXPÓSITO FJ	197
DÍAZ NAVARRO J	110
DÍAZ RÍSQUEZ RM	23
DIÉGUEZ LÓPEZ M	10

DIÉGUEZ SERRANO M.....	163
DIEZ NAZ A.....	52
DOMÍNGUEZ CANTERO M.....	110
DOMÍNGUEZ LÓPEZ SL.....	16
DOMÍNGUEZ MORALES C.....	38
DOMÍNGUEZ ROLDÁN JM.....	184, 187
DOMÍNGUEZ SANTANA CM.....	110
DOMÍNGUEZ S MC.....	108
DOMÍNGUEZ VERA JA.....	158
DOMÍNGUEZ VERA PA.....	158
DURÁN CARRANZA E.....	129
DURÁN MUÑOZ-CRUZADO V.....	32

E

EADY ALONSO M.....	88
ECHEVARRÍA ÁLVAREZ A.....	50
ENRÍQUEZ DE LUNA-RODRÍGUEZ M.....	39
ENRÍQUEZ MAROTO MF.....	18, 65
ENRÍQUEZ-MAROTO MF.....	177
ESCAÑO MARÍN R.....	93
ESCOBEDO MESAS E.....	172
ESCUDEO CONTRERAS A.....	185
ESCUDEO MERINO R.....	149
ESPINOSA ALMENDRO JM.....	92
ESPINOSA BOSH M.....	92
EUNATE M.....	59
EXPÓSITO MONTES P.....	145

F

FARIÑAS LORENZO B.....	138
FERNÁNDEZ-BLÁNQUEZ J.....	106
FERNÁNDEZ-CASTRO EI.....	48
FERNÁNDEZ DÍAZ MR.....	20, 136, 176
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E.....	128
FERNÁNDEZ HERRERA MD.....	150
FERNANDEZ MACIAS R.....	49
FERNÁNDEZ MARTÍNEZ S.....	81
FERNÁNDEZ MENSALES JM.....	155
FERNÁNDEZ ONTIVEROS S.....	5, 136, 176
FERNANDEZ PÉREZ MA.....	14
FERNÁNDEZ REYES D.....	20, 136, 176
FERNÁNDEZ RIEJOS P.....	9
FERNÁNDEZ RUBIO B.....	37, 76
FERNÁNDEZ SANTANA M.....	181
FERNÁNDEZ SERRANO L.....	73

FIGUEREDO ALONSO G.....	155
FORASTERO RODRÍGUEZ C.....	57
FRANCO ROMERO JA.....	81
FRUCTUOSO GONZÁLEZ L.....	69
FUENTES-GÓMEZ S.....	106

G

GABARI MACHÍN M.....	53
GALÁN-RETAMAL C.....	78
GALINDO CUESTA AM.....	65
GALINDO VACAS S,.....	47
GALLARDO AVILÉS R.....	149
GALLEGA-ORTIZ F.....	3
GALLEGO FERNÁNDEZ C.....	63
GÁMEZ TORRES D.....	45
GÁNEZ TORRES D.....	170
GANFORNINA ANDRADES A.....	91
GARCÉS SANTOS AR.....	49
GARCÍA BARBE N.....	182
GARCÍA CABEZAS S.....	40
GARCÍA CEBERINO PM.....	20, 136
GARCÍA ERCE JA.....	141
GARCÍA FERNÁNDEZ S.....	42
GARCÍA GARMENDIA JL.....	163
GARCÍA GARRIDO A.....	81
GARCÍA GARRIDO ME.....	188
GARCÍA GÓMEZ N.....	94
GARCÍA-HERAS B.....	3
GARCÍA INIESTA MI.....	30
GARCÍA LIZARRALDE F.....	166
GARCÍA-MÁRQUEZ MJ.....	133, 134
GARCÍA MARTÍN L.....	118
GARCÍA-MARTÍN M.....	191
GARCÍA MARTÍN R.....	109
GARCÍA MOTOS C.....	69
GARCÍA ORTEGA MA.....	63
GARCÍA PÉREZ MD.....	199
GARCÍA REYES M.....	137
GARCÍA RÍOS MR.....	30, 164
GARCÍA RUANO AB.....	180
GARCÍA RUIZ A.....	127
GARCÍA SÁNCHEZ JA.....	179
GARCÍA-SÁNCHEZ JA.....	147
GARCÍA TORRECILLAS JM.....	17

GARCÍA TRIGO B.....	61, 120
GARRIDO PÉREZ JI.....	104
GARZÓN-MIRALLES A.....	3, 193
GASQUE SATRÚSTEGUI A.....	19, 53, 141
GAVILÁN-PÉREZ F.....	135
GIL RODRÍGUEZ J.....	5
GIL RUIZ MI.....	25
GINÉS SANTIAGO F.....	40
GÓMEZ BARRAGÁN C.....	97
GÓMEZ MATEO E.....	196
GÓMEZ PALOMARES A.....	55
GÓMEZ PORTILLA C.....	148
GÓMEZ RODRÍGUEZ A.....	118
GÓMEZ SAYAGO L.....	190
GÓMEZ VERA A.....	196
GONZÁLEZ CABALLERO A.....	114
GONZÁLEZ CARMELO I.....	86
GONZÁLEZ DEL ROSARIO A.....	156
GONZÁLEZ FORMOSO C.....	138
GONZÁLEZ GALÁN C.....	103
GONZÁLEZ GARCÍA MJ.....	182
GONZÁLEZ GÓMEZ I.....	84
GONZÁLEZ-GRANDA GARCÍA T.....	60
GONZÁLEZ-LÓPEZ MA.....	133, 134
GONZÁLEZ LÓPEZ R.....	128
GONZÁLEZ-MANZANO CM.....	191
GONZÁLEZ PÁEZ CI.....	131
GONZÁLEZ POSADA F.....	188
GONZÁLEZ ROSA V.....	130
GONZÁLEZ SÁNCHEZ I.....	29
GONZÁLEZ VALLE E.....	16
GONZÁLEZ VELA ML.....	181
GONZÁLEZ ZURITA AI.....	104, 142
GOÑI RUIZ N.....	19
GRANADO OLMEDO JM.....	122, 137
GRANDE FERNÁNDEZ S.....	98
GUERRA LERMA M.....	59
GUERRERO GONZÁLEZ E.....	56
GUIL-LÓPEZ F.....	106
GUTIÉRREZ BAYARD L.....	74
GUTIÉRREZ GINER MI.....	26, 31
GUTIÉRREZ GONZÁLEZ L.....	148
GUTIÉRREZ LINARES S.....	90
GUTIÉRREZ RAMOS S.....	151

GUTIÉRREZ SERRANO M.....	160
GUZMÁN PARRA J.....	179

H

HALLOUCH S.....	42
HERNÁNDEZ BUIZA E.....	4
HERNÁNDEZ CORRAL IM.....	30, 164
HERNÁNDEZ ORTÍZ JA.....	145
HERRADOR HERRERO C.....	22
HERRERA EXPÓSITO M.....	35, 99
HIDALGO GARCÍA ES.....	55
HIDALGO GUZMÁN P.....	86
HIERRO PEDROSA C.....	119
HINOJOSA RAMÍREZ MI.....	50
HORNO GUTIÉRREZ JM.....	145
HORNO ROA PC.....	182
HORTAL CARMONA J.....	83
HUIZING E.....	36
HURTADO MELERO V.....	179

I

IBARRA RODRÍGUEZ MR.....	142
IBORRA OQUENDO MA.....	122
IGLESIAS ASENJO E.....	42
IGLESIAS DEL VALLE AM.....	70

J

JAÑEZ GONZÁLEZ AM.....	15
JIMÉNEZ ÁLVAREZ T.....	75, 127
JIMÉNEZ CASTELLANOS MH.....	117
JIMÉNEZ CASTILLA A.....	10, 62
JIMÉNEZ CORDERO JP.....	156
JIMÉNEZ CORTÉS.....	189
JIMÉNEZ ESTÉVEZ E.....	68
JIMÉNEZ FERNÁNDEZ JC.....	32, 52
JIMÉNEZ FERNÁNDEZ MS.....	162
JIMÉNEZ FORTIZ JA.....	50
JIMÉNEZ-HOYUELA GARCÍA JM.....	118
JIMÉNEZ MARTÍN CM.....	51
JIMÉNEZ PICHARDO L.....	190
JIMÉNEZ VÁZQUEZ R.....	103
JOFRÉ PERALTA A.....	99
JUNCO GÓMEZ MC.....	169
JURADO MOYANO JA.....	62

L

LADRÓN DE GUEVARA EE	170
LADRÓN-GUEVARA GARCÍA M	37, 76, 167
LAGUNA PARRAS JM	23, 145
LARA MORALES PA.....	83
LARA RUIZ MI	7
LEA PEREIRA MC	17, 34
LEDESMA AGUILAR JR	126
LEÓN JUSTEL A.....	9
LICERÁN PERALBO AM.....	174
LIÉBANA RODRÍGUEZ M	18, 21
LIRA GARCÉS A.....	186
LLÁCER PÉREZ M	128
LÓPEZ APERADO C	85
LÓPEZ CARMONA MD.....	95
LÓPEZ GARRIDO MF.....	22
LÓPEZ LIRIA R.....	11
LOPEZ LÓPEZ AM.....	94
LÓPEZ MEDINA A	67
LÓPEZ MEDINA C	185
LÓPEZ MORÓN MI	115
LÓPEZ-MOTA B.....	177
LÓPEZ-ORTIZ I.....	191
LÓPEZ SÁNCHEZ T	167
LÓPEZ SERRANO R	172
LOVERA VALLS M.....	149
LOZANO GIL S.....	29
LOZANO LLORENTE MA	66
LUIS SIMÓN J	126
LUIS VEGA J	42
LUQUE-ROMERO SÁNCHEZ M.....	197

M

MACÍAS MAROTO M	66, 116
MALGRAT CABALLERO S	54
MANUEL FERNÁNDEZ E.....	51
MARÍA GALINDO A	16
MARÍN ANTEQUERA FJ	192
MARÍN CABALLOS AJ	51, 184, 187
MARÍN MANZANO EM.....	157
MAROTO-MARTÍN S	3, 193
MARTÍN AGUILERA C	150
MARTÍN ARRIERO IM.....	46
MARTÍN-ARROYO BELTRÁN AM.....	160
MARTÍN CALVO MC.....	46

MARTÍN CHACÓN R	44
MARTÍN CUESTA AM.....	149
MARTÍNEZ CHAMORRO A	180
MARTÍNEZ CONTRERAS MD	129
MARTÍNEZ CORTÉS M	145
MARTÍNEZ DE LA PLATA JE.....	119
MARTÍNEZ DE VICTORIA CARAZO J	176
MARTÍNEZ G	59
MARTÍNEZ GÁMEZ MM	129
MARTÍNEZ GARCÍA I	61, 120
MARTÍNEZ MONROBE B	199
MARTÍNEZ PRIETO V	47
MARTÍNEZ SÁNCHEZ B	64, 90, 109
MARTÍNEZ SUÁREZ A.....	33, 38, 43
MARTÍN PÉREZ FJ.....	18
MARTÍN PÉREZ M	115
MARTÍN REYES G	93
MARTÍN SÁNCHEZ L.....	121
MARTÍN SASTRE S.....	184, 187
MARTOS ROSA A	100, 123
MARTOS RUIZ M.....	20
MATA RIVERA A	61
MATO RIVERA A	120
MAURIZ MONTERO MJ.....	120
MEJÍAS CALDERÓN R	47
MELÉNDEZ-MELÉNDEZ R.....	133, 134
MELÉNDEZ TEODORO AL	113
MENA MR	48
MÉNDEZ VECINO V	181
MENDOZA CORRO MA.....	156
MENDOZA PRIETO M	184, 187
MERINO BOHÓRQUEZ V	38
MESA GARCÍA C	87
MOCHÓN DONAIRE R.....	180
MOISE COSANO P	124
MONTES-CARABIAS L	147
MONTESINOS VILLALBA MC.....	153
MONTES MONTES R.....	8
MONTILLA LÓPEZ C.....	44, 163
MONTILLA LÓPEZ MC	28
MOÑINO DOMÍNGUEZ L.....	33, 38, 43
MORA BANDRAS AM	189
MORA CABALLERO M.....	41
MORALES TORRES JL.....	18

MORA LOURIDO C	26, 31
MORANO TORRECUSA MJ	81
MORCILLO MUÑOZ Y	73, 117
MORENO AGUILAR R	75, 127
MORENO RAMOS C	110
MORENO SAIZ C	57
MORENO SERRANO J	171
MORILLO MORA AB	130
MORÓN ROMERO R	50
MOYA ROLDÁN S	64, 90
MOYA SUÁREZ AB	2, 39
MUÑOZ COLMENERO A	180
MUÑOZ LÓPEZ JA	116
MUÑOZ ROMERO JL	10
MUÑOZ SÁNCHEZ C	75
MUÑOZ SÁNCHEZ C	127
MUÑOZ-VALENZUELA E	191

N

NARBONA RODRÍGUEZ L	192
NAVARRO GARCÍA V	32, 167
NOGALES BUENO G	186
NÚÑEZ CLAROS E	63
NÚÑEZ NÚÑEZ M	139
NÚÑEZ PÉREZ J	129

O

OCAÑA MORENO ML	73, 102
OCÓN SÁNCHEZ P	60
ORDÓÑEZ SUÁREZ R	49
ORTEGA AYLLÓN D	173
ORTÍZ JIÉNEZ FM	82
ORTÍZ JIMÉNEZ FM	72, 82
ORTÍZ OSUNA D	152
ORTÍZ ROMÁN I	56
ORTUÑO CAÑIZARES A	107

P

PACHECO LÓPEZ P	69
PADILLO LÓPEZ J	79
PALACIOS EITO A	40
PALANCO PARREÑO A	200
PARDO LEMOS I	138
PARDO TEIJEIRO B	14
PAREDES ESTEBAN RM	104, 142

PAREJO MORÓN AI	5, 176
PARRA ORTEGA A	114
PARRAS VACAS A	46
PÉCULO CARRASCO JA	58, 156
PÉCULO-CARRASCO JA	132
PELAYO-TROYANO MJ	48
PEÑATE RODRÍGUEZ MM	26, 31
PEREIRA PIA M	14
PÉREZ GARCÍA E	101
PÉREZ JIMÉNEZ S	54
PÉREZ LÁZARO JJ	108
PEREZ-MARTÍNEZ JF	106
PÉREZ PEIS G	152
PÉREZ RAMOS J	12
PÉREZ RODRÍGUEZ A	111
PEREZ ROZOS A	126
PÉREZ ROZOS A	125, 151
PÉREZ ZENNY FJ	127
PIANO A	70, 77
PIMENTEL ASENSIO J	71
PINTADO DELGADO MC	66, 116
PLA PASAN R	91
POLAINA RUSILLO M	85
POLONIO OLIVARES ML	131
PORRINO-HERRERA MC	195
PORTILLO GONZÁLEZ JA	40
POSTIGO ARRABAL S	152
POZA ARTES CM	72
POZA ARTÉS CM	82
POZO GIRÁLDEZ A	169
PRIEGO CUBERO E	79
PRIETO MOLINA A	2
PUERTA-CÓRDOBA A	132

Q

QUEMADA-GONZÁLEZ C	147
QUESADA SÁNCHEZ T	157

R

RABASCO MANGAS I	62
RAMÍREZ GARRIDO F	47
RAMOS MEDRANO FJ	28
RANGEL HIDALGO G	88
REAL DOMÍNGUEZ MM	159
RECIO SÁNCHEZ E	130

REDECILLAS PEIRÓ MT.....	25
REPLLÉS PRO M.....	113
RETAMAR GENTIL P.....	139
REVELLES MEDINA I.....	71
REYES AGUILAR R.....	71
REY PARAÑOS I.....	61
RIVAS HIDALGO AM.....	55
RIVAS-LÓPEZ C.....	191
RIVAS RUIZ F.....	189
RIVAS RUIZ F,.....	39
ROBLES CARRIÓN J.....	194
ROBLES LÓPEZ AI.....	85
ROCAMORA PÉREZ P.....	11
RODRÍGUEZ BAÑO J.....	139
RODRÍGUEZ-BOUZA M.....	132
RODRÍGUEZ BOUZA M.....	156
RODRÍGUEZ CASTILLA J.....	190
RODRÍGUEZ CASTILLO MF.....	125
RODRÍGUEZ DE FRANCISCO L.....	37
RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA MM.....	18
RODRÍGUEZ DELGADO ME.....	50
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ P.....	8
RODRÍGUEZ GONCET C.....	32
RODRÍGUEZ GUERRERO R.....	165
RODRÍGUEZ LEDO P.....	14
RODRÍGUEZ LORENZO D.....	138
RODRÍGUEZ MATAS BM.....	92
RODRÍGUEZ MOLINS E.....	190
RODRÍGUEZ MONTALVO JA.....	189
RODRÍGUEZ MORETA C.....	91
RODRÍGUEZ PEÑA FM.....	60
RODRÍGUEZ PEÑA M.....	183
RODRÍGUEZ POZO C.....	87
RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ MJ.....	80
RODRÍGUEZ-RUIZ HJ.....	132
RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ I.....	195
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ R.....	74
RODRÍGUEZ SEGURA E.....	141
ROJAS GUZMÁN MS.....	162
ROLDÁN RAMÍREZ LE.....	153
ROMERO MANJÓN MI.....	65
ROMERO REYES L.....	180
ROMERO RUEDA E.....	87
ROMERO RUIZ RM.....	52, 140

ROMERO VÁZQUEZ L.....	4
ROSADO FUENTES F.....	188
ROSA GUERRERO P.....	86
RUBIO CALVO D.....	35, 100
RUBIO GÓMEZ I.....	30, 164
RUBIO RODRÍGUEZ M.....	181
RUEDA DOMINGO MT.....	21, 65
RUEDA-DOMINGO MT.....	177
RUIZ DE LA CHICA C.....	115
RUIZ DELGADO JM.....	15
RUIZ DEL PORTAL RUIZ-GRANADOS P.....	52
RUIZ GONZÁLEZ MV.....	73, 102
RUIZ NIETO FJ.....	63
RUIZ PALOMINO A.....	104
RUIZ RAMOS JG.....	22
RUIZ ROMERO MV.....	44
RUIZ SALVADOR D.....	155

S

SALAMANCA RIVERA C.....	186
SALCEDO SÁNCHEZ MC.....	146
SALDOMINOS UTRILLA G.....	66
SALGUEIRA LAZO M.....	9
SALVADOR RUIZ F.....	157
SÁNCHEZ ÁLVAREZ AL.....	26
SÁNCHEZ-BAENA R.....	147
SÁNCHEZ CAÑETE EM.....	152
SÁNCHEZ CARRIÓN JM.....	107
SÁNCHEZ DÍAZ JM,.....	159
SÁNCHEZ ELÍAS TM.....	199
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ LS.....	126
SÁNCHEZ GILA MM.....	16
SÁNCHEZ GÓMEZ NM.....	97
SÁNCHEZ GUERRERO JA.....	56
SÁNCHEZ LÓPEZ-GAY J.....	71
SÁNCHEZ MARTÍN A.....	16
SÁNCHEZ MEGOLLA D.....	2
SÁNCHEZ NAVARRO I.....	66
SÁNCHEZ RAMOS A.....	122
SÁNCHEZ RUBIO M.....	32
SÁNCHEZ SÁNCHEZ E.....	7, 160
SÁNCHEZ-SÁNCHEZ E.....	48, 133, 134, 135, 154
SANDOVAL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO S.....	139
SANTAMARÍA OLMO R.....	84, 86, 88

SANTANA BRAVO AM	121
SANTANA BRAVO F	121
SANTOS CIPRIÁN MT	23
SANZ-CEBALLOS L	78
SARRIUGARTE A.....	59
SAYAGO GIL S.....	74
SAYAVERA ROMERO T	182
SEGURA TORRES P.....	84
SERRANO CATENA MT	12, 24, 198
SERRANO CHICA C	151
SERRANO MORENO A.....	171
SEVILLA CAPILLA M.....	113, 165
SOLER-GÓNGORA M	175
SORIANO-BUENO G.....	195
SORIANO REDONDO E.....	125
SURÍS COSTAS A.....	8

T

TABARES SANZ AM	143
TALENS MORILLAS AM.....	23
TEJEDOR TEJADA E	45, 170
TERREU SERRANO M	10, 165
TIRAPU LEÓN B.....	53
TOLEDO GONZÁLEZ MB	114
TOLEDO ROJAS R.....	86
TORNERO PATRICIO S.....	4
TORRANO BELMONTE P	69
TORRECILLA RAMÍREZ ML.....	22
TORRECILLA ROJAS L	56
TORRES PÉREZ LF.....	95
TORRES RODRÍGUEZ MC.....	99, 100
TORRES SÁNCHEZ MJ.....	85
TORRES VERDÚ B.....	95

U

URBANO SILVA MC	146
URDA ROMACHO J	99
USACH FRESNEDA P	157

V

VALENCIA JIMÉNEZ C	198
VALENCIA JIMÉNEZ JM.....	12, 24, 198
VALENCIA JIMÉNEZ MC	12, 24
VALENCIA MARTÍN JL	186
VALENCIA MARTÍN R.....	186

VALENZUELA LÓPEZ CC	140
VALERA RUBIO M	33
VALLEJO CANTARERO FJ	113
VALVERDE MARTÍNEZ MA	11
VARELA RUBIO E.....	13
VARELA RUBIO RE	172
VASCO MOHEDANO V	62, 79, 165
VÁZQUEZ CARANZA A.....	89
VÁZQUEZ GONZÁLEZ A.....	89
VÁZQUEZ RUEDA F	142
VÁZQUEZ TORRES VM	162
VEGA RAMÍREZ FA.....	11
VEGA VÁZQUEZ FJ	194
VELA CEREZO CJ	161
VELLIDO GONZÁLEZ D	65
VENTOROS A	59
VERA HERNÁNDEZ S.....	30, 164
VERDEJO AMAYA C	103
VERDEJO RECHE F	45
VIEGAS GONZÁLEZ MR.....	49, 51
VILASECA FORTES M.....	63
VILCHEZ MEDINA MT.....	94
VILLADA VALLEJO S.....	161
VILLA DEL PINO I	101
VILLARRUBIA-DELGADO F.....	135
VIÑAS JURADO MI.....	15
VIÑAS VERA C	15
VIÑUELA BENAVENTE A.....	171
VIVANCOS GARCÍA J	28

W

WIESNER TORRES SR.....	142
------------------------	-----

Y

YAHYAOUY MACÍAS R.....	169
YEPES-PÉREZ T.....	175
YESTE DÍAZ MI.....	198
YUSTE OSORIO E	64

Z

ZAFRA JIMÉNEZ JA	129
ZAMUDIO SÁNCHEZ A	162
ZARCOS E,	88
ZURITA SANTISTEBAN R.....	77

Índice temático

ATENCIÓN INTEGRAL SEGURA	78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105
CAÍDAS	21, 30, 39, 48, 67, 133
CCSS	73, 83, 92, 102, 112, 196, 198
CONTENCIONES	90, 136, 176
COVID	4, 11, 12, 18, 19, 20, 22, 24, 33, 47, 50, 51, 52, 55, 65, 73, 94, 95, 96, 107, 136, 141, 163, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
GESTIÓN CONOCIMIENTO	3, 5, 64, 67, 87, 116, 119, 132, 148, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168
GESTIÓN DE RIESGOS	4, 18, 20, 22, 30, 31, 42, 44, 45, 46, 47, 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, 95, 96, 104, 112, 123, 155, 156, 164, 177, 178, 184, 187
IDENTIFICACIÓN	56, 108, 109, 115, 121, 140, 146, 183
MEDICAMENTOS	13, 14, 16, 17, 23, 25, 27, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 54, 55, 66, 69, 70, 71, 76, 78, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 99, 100, 105, 110, 114, 120, 123, 130, 139, 143, 149, 152, 159, 167, 168, 170, 175, 185, 186, 190
ORGANIZACIONES SEGURAS	2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 64, 97, 106, 113, 138, 154, 157, 162, 163, 165, 171, 173, 199
PACIENTES	29, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152
PREVENCIÓN IAAS	68, 80, 103, 139, 153, 174, 181
PROCESO QUIRÚRGICO	32, 41, 49, 53, 59, 77, 128, 129, 142, 145, 161
PROCESO TRANSFUSIONAL	127, 150
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	32, 56, 60, 80, 180, 195
RADIACIONES IONIZANTES	15, 28, 40, 57, 74, 89, 98, 118, 122, 124, 125, 126, 137, 151, 198
TIS	3, 34, 72, 75, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 141, 153, 166, 170, 193
TRANSFERENCIA	2, 178
UPP	134, 135