

XXII

Congreso de la Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias



Hospital Monte Naranco - Oviedo
2 y 3 de junio de 2022

LIBRO DE COMUNICACIONES



Asociación de Calidad Asistencial
del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
GERENCIA ÁREA SANITARIA IV



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD



OVIEDO^{.es}
AYUNTAMIENTO



OVIEDO
ORIGEN DEL CAMINO



Boehringer
Ingelheim



XXII Congreso de la Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias

Tabla de contenidos

1. ENCUESTA A LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DEL HVN SOBRE LA PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS ACCESOS VASCULARES	3
2. Cuidados de los accesos vasculares basados en la evidencia durante el año 2021 en el Hospital Valle del Nalón	5
3. GUÍA DE ACOGIDA PARA ALUMNOS DE GRADO DE ENFERMERÍA	6
4. El entrenamiento en Incidentes de Múltiples Víctimas, un reto en las urgencias de Atención Primaria.	8
5. CÓMO LA PREVENCIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA REDUCE LA INCIDENCIA DE LAS MISMAS Y MEJORA LA CALIDAD DE SU CUIDA	9
6. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA	11
7. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO: BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.	13
8. PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE CASO EN PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL AREA SANITARIA IV: ¿CÓMO VAMOS?	14
9. PILOTAJE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR (UAF) EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE CASTRILLÓN, EN AREA SANITARIA III	15
10. SEGURIDAD DE PACIENTE E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PANDEMIA	16
11. ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PROTEINOGRAMAS BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES	18
12. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS APLICADO AL SISTEMA DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	20
13. ACREDITACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA LA ELABORACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS CON TÉCNICA ABIERTA	21
14. Adaptación de un Programa de Promoción de Salud o cómo la Pandemia nos empujó a usar las TICs.	22
15. EL DISEÑO COMO NEXO ENTRE LA INNOVACIÓN Y LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	23
16. Análisis del portal del ciudadano del Área Sanitaria “Mostrador Web”	25
17. “Mostrador Web”: Creando un portal del ciudadano en un área sanitaria.	26
18. Análisis del consumo de EPIs tras el cambio de paradigma de aislamiento de pacientes COVID-19.	28
19. Impacto de la pandemia covid-19 en las intervenciones quirúrgicas programada: Tenemos un problema.	29
20. Análisis de la actividad hospitalaria por semestres en los últimos 13 años.	30
21. Pacientes en lista de espera tras rechazo de centro alternativo: el próximo reto.	31
22. BENEFICIOS DE LA DETERMINACION DE INR CAPILAR SOBRE MUESTRA DE ACCESO VASCULAR EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS	32
23. LA PANDEMIA SILENCIOSA: BACTERIEMIA EN CATETER VENOSO TUNELIZADO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA PENICILINA(SARM)	33
24. INCIDENCIA INFECCIONES DE ORIFICIO EN CATETERES DE HEMODIALISIS	34
25. PREVALENCIA DE BURNOUT EN MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19	35

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DEL HVN SOBRE LA PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS ACCESOS VASCULARES

FERNANDEZ MENENDEZ, ANA YESICA (1)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALON

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: GUÍAS BUENAS PRACTICAS PRACTICA BASADA EN EL EVIDENCIA ACCESOS VASCULARES ENFERMERÍA

Introducción

Desde 2018 el HVN es un centro BPSO acreditado en la excelencia en cuidados . Y tiene implantada la Guia de Buenas Practicas en " valoración y seleccion de los dispositivos de acceso vascular ". Utilizan como referencia las guías desarrolladas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario,siendo el centro colaborador la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del Instituto Carlos III (Investén-isciii)

Objetivo

Conocer la actitud y conocimientos de los profesionales respecto de los cuidados de los accesos vasculares aplicando la PBE.

Metodología

Estudio observacional entre febrero y marzo de 2022 , mediante encuesta autoadministrada través de la intranet del centro. Un cuestionario validado y adaptado para profesionales españoles. El HVN trabajan 270 profesionales , con un intervalo de confianza del 95 % y un error de estimación máximo del 5 % ,el tamaño muestral son160 profesionales. El cuestionario esta adaptado y validado para población española. Consta de 3 partes .En la primera parte se evalúa mediante escala Likert ,su grado de acuerdo y desacuerdo sobre afirmaciones relacionadas con la PBE y las GBPC . Una segunda parte se evalúan los conocimientos sobre el mantenimiento de los acceso vasculares de acuerdo con las recomendaciones de las GBPC y una ultima parte para conocer el perfil profesional de los enfermeros del centro.

Resultados

El total de la muestra fue de 81 profesionales. El 58 % sigue las recomendaciones BPSO para el cuidado de los acceso vasculares, un 72,5% reconoce estar de muy de acuerdo, en que este hospital se trabaja con GBPC. El 72,5% están interesadas en recibir formación sobre PBE y GBPC .Mas del 95 % de los profesionales, usan clhorhexidina como antiséptico, apósito transparente para fijar el catéter y el punto de inserción visible para su valoración diaria. El motivo de retirada mas habitual e en un 29,6 % se trata de fin de tratamiento, un 24,7% por extravasación y un 25,9% por retirada accidental y un 4,9 % por flebitis .El 67,9 % reconoce hacer siempre una valoración previa a la inserción del catéter. EL 84,5% reconoce que siempre registra la inserción de las veces , frente a un 14,8 % que lo hace la mayoría de las veces . El 69% asigna el cuidado de mantenimiento del acceso venoso en la historia clínica electrónica, 23,5 % la mayoría delas veces, 2,5 casi nunca y un 0,5 % nunca asigna el cuidado

Un 76,5 % reconoce que siempre valora la necesidad de canalizar un nuevo acceso vascular, cuando se pierde y un 22,2%, solo algunas veces. El 75,3% de los profesionales encuestado canalizan el CVP en antebrazo, seguido de la mano para el 19,8 % y solo un 4 % en flexura. El calibre del acceso vascular mas utilizado es el 22 por el 68 % de lo profesionales encuestados ,seguidos del 20 G para el 31%

Conclusiones

Baja participación de los profesionales de enfermería

Actitud positiva frente a las GBPC y PBE

Buen manejo de los cuidados de los accesos vasculares de acuerdo con la PBE

Cuidados de los accesos vasculares basados en la evidencia durante el año 2021 en el Hospital Valle del Nalón

FERNANDEZ MENENDEZ, ANA YESICA (1), ALONSO, LAURA (1)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALON

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: acceso vascular , PBE , evidencia, flebitis, complicaciones

El HVN, es de 2018 un centro reconocido como en la excelencia en cuidados, tras la implantación de una Guía de Buenas prácticas en la "Valoración y selección de los dispositivos de acceso vascular", desde 2015 se trabaja en el mantenimiento de los accesos vasculares con recomendaciones basadas en la evidencia. El **objetivo** es describir el grado de cumplimentación de la Guía en el año 2021, mediante un estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de los paciente seleccionados entre las altas correspondientes al periodo de 5 últimos días laborales, trimestralmente. Revisando el tipo de catéter, localización anatómica, días de permanencia y cumplimentación del mantenimiento del dispositivo, así como el motivo de retirada o las posibles complicaciones. Los **resultados** en 2021 se monitorizaron 481 catéteres. 476 catéteres venosos periféricos (CVP) y 5 catéteres venosos centrales (CVC) en 244 pacientes 52 % hombres y 48 % mujeres, con una media de edad 65.2 años. La media de días de CVP 4.9 días, frente a los 16.9 días de los CVC. Respecto a la localización anatómica de los CVP; el 42 % se localizó en antebrazo, un 27 % en la mano y un 28 % en flexura. En los CVC, el 50 % se localizó en yugular y el otro 50 % en subclavia de acuerdo a las recomendaciones. El 80 % de los CVC, no presentaron complicaciones, solo se registró una complicación no infecciosa. En cuanto a los accesos vasculares periféricos, el 41 % de los CVP presentaron complicaciones, flebitis un 7.1 %, retirada accidental un 32.5 % y obstrucción un 36 %. Por otra parte, el mantenimiento, el 87 % de los CVP, tenían cargada la intervención del mantenimiento y un 88 % la tenía correctamente cumplimentada, todos los días de catéter. En los CVC, el 80 % tenía intervención cargada y cumplimentada. Como **conclusiones** podemos destacar el alto porcentaje con más de dos dispositivos periféricos, elevado porcentaje de CVP colocados en flexura, una tasa de flebitis por encima del estándar de calidad del 5 %, el porcentaje de catéteres elevados por complicaciones relacionadas con obstrucciones y retiradas accidentales, la baja cumplimentación de la intervención del mantenimiento del acceso venoso, a pesar de que la intervención está asignada en el plan de cuidados del paciente y muy baja cumplimentación del formulario DAV en los accesos vasculares centrales canalizados. De acuerdo a las recomendaciones de la Guía y la bibliografía revisada, existen mejoras a llevar a cabo en los próximos meses, ya que existen muchos pacientes con largo periodo de ingreso que se canalizan múltiples CVPS y plantearse la necesidad de otros dispositivos de acceso vascular que actualmente se disponen en el centro, como pueden ser catéteres de línea media o PICC, debe reforzarse la valoración diaria del CVP, que incluye las recomendaciones de la permeabilidad del dispositivo para evitar las altas tasas de obstrucciones e informar al paciente y familia de para reducir las retiradas accidentales.

GUÍA DE ACOGIDA PARA ALUMNOS DE GRADO DE ENFERMERÍA

Mata Peón, Esther (1), de la Villa Santoveña, Mónica (1), González García, M^a Teresa (1), González Menéndez, Isabel M^a (1), Díaz López, Laura (1), Rubiera Hernández, Enedina (1), Zorrilla González, Carmen (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Formación Taller enfermería

Introducción

Los alumnos de Enfermería acuden a los hospitales para completar con prácticas la parte teórica de sus estudios. Cada hospital, además de formarles en técnicas y cultura enfermera, tiene unas características propias, lo que hace que sea imprescindible realizar una acogida a los alumnos.

Objetivos

Que los alumnos de grado de Enfermería conozcan, tanto la distribución, como la cultura de seguridad y buenas prácticas que se siguen en el hospital

Métodos

Desde hace varios años, todos los alumnos siguen una sistemática de acogida. El día de comienzo de las prácticas, la supervisora encargada de docencia le da la bienvenida, les ubica en el lugar donde van a realizar las prácticas.

Se reúnen en sala de docencia, donde se les hace una introducción a las normas de uniformidad, identificación y conducta que deben tener.

Además se les dan nociones sobre precauciones estándar, prevención de riesgos laborales y gestión de residuos. De todo ello se les entrega una guía física en papel.

Desde 2021, los alumnos de 2º curso de grado realizan una jornada completa de talleres relacionados con su futura práctica profesional, impartidos por enfermeras del servicio de urgencias:

- Taller de vía venosa y arterial
- Taller de sondaje (vesical, nasogástrica y enteral)
- Taller de heridas y apósitos
- Taller de vía aérea
- Taller de constantes y glucemias
- Taller de formularios de la historia clínica electrónica

Una vez realizados estos talleres, los alumnos realizan un evaluación de esta formación

Resultados

Se recogieron 6 encuestas de evaluación con los siguientes resultados:

- Valorar experiencia respecto a la acogida (83,3% muy satisfactorio)
- La información aportada le parece: (83,3% muy adecuada)
- La información aportada ha resultado (83,3% muy útil)
- Valoración del taller vía venosa y arterial (66,6% muy satisfecho)
- Valoración taller sondaje (66,6% muy satisfecho)
- Valoración taller heridas, apósitos y vía aérea (66,6% muy satisfecho)
- Valoración taller constantes, glucemias y formularios (66,6% muy satisfecho)
- Probabilidad de recomendar los talleres (0 a 10): 9,8

Además se añadió un campo sobre que otros talleres añadirían

Conclusiones/discusión

Una acogida adecuada a los alumnos de Enfermería facilita la inmersión en el hospital y repercute en su formación

La realización de talleres específicos ha sido bien acogida por los alumnos, lo que nos anima a ampliarlos a otros temas

El entrenamiento en Incidentes de Múltiples Víctimas, un reto en las urgencias de Atención Primaria.

MARTÍNEZ MIRANDA, MAYDA MERCEDES (1), CERNUDA MARTINEZ, JOSÉ ANTONIO (2)

(1) SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA GIJÓN, (2) Profesor de la Facultad de Enfermería Gijón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Incidencias de múltiples Víctimas; triaje básico START; medicina de emergencia; enfermería de urgencia; servicios médicos de urgencia; educación continuada.

Introducción:

Los Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) supone todo un reto para la respuesta sanitaria de los sistemas de emergencias. Ésta respuesta debe coordinarse con otras estructuras y tiene que ser fluida desde el punto de vista sanitario, ya que cada personal del equipo tiene unas funciones que se coordinan con el resto del personal. Los incidentes donde están implicadas múltiples víctimas no son muy frecuentes, por lo que se requiere un entrenamiento sistemático de los sanitarios para que aprendan a realizar la primera intervención en un IMV, a fin de asignar prioridades asistenciales con la aplicación del START, que consiste en la clasificación de víctimas en distintas categorías según su gravedad y pronóstico vital, para determinar la prioridad de tratamiento y evacuación.

Objetivos:

- Reforzar habilidades teórico-prácticas en la actuación en Incidencias de Múltiples Víctimas en la Atención Primaria, así como el entrenamiento de los sanitarios en Triage Básico START.

Métodos:

Se confeccionó Curso de Formación Continuada acreditada donde se diseñó un estudio pre-post intervención, en el primer curso participaron 8 profesionales de medicina y 7 de enfermería. Para lograr unas competencias adecuadas en el Triage, se confeccionó juego didáctico para entrenamiento del Triage Básico START. Se calculó las medias de los conocimientos con el mismo Test pre y post intervención y se realizó una prueba t de medias.

Resultados:

La media global antes de la intervención fue de 2,78 puntos sobre 10 (DE=1,80), y media global después de la intervención fue de 9,93 puntos sobre 10 (DE=0,26). La diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($t=-15,22; p<0,000$).

Conclusiones:

Este sistema de capacitación en IMV y entrenamiento en el Triage START permite lograr una adecuada adquisición de competencias, además de tener un coste reducido.

CÓMO LA PREVENCIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE CAIDA REDUCE LA INCIDENCIA DE LAS MISMAS Y MEJORA LA CALIDAD DE SU CUIDA

López Rodríguez, Sara (1), Rodríguez Sánchez, Sara (1), Granda Villalobo, Paula (1), Martínez González, María del Pilar (1), del Barrio Pintado, María Begoña (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Diagnóstico enfermero, caídas y paciente.

1. INTRODUCCIÓN: Señalar la importancia de identificar a los pacientes con riesgo de caídas para poder realizar medidas de prevención que ayuden a disminuir el número de caídas producidas en unidades de hospitalización, lo que incrementa la calidad de los servicios prestados.

2. OBJETIVOS:

2.1 Evaluar a los pacientes con riesgo de caídas mediante una valoración integral.

2.2 Identificar a los pacientes con riesgo de caídas mediante: marca del SELENE, marca de la habitación y el diagnóstico riesgo de caídas.

2.3 Realizar intervenciones para prevenir las caídas o las lesiones derivadas de las mismas:

- Entorno seguro
- Tríptico de información
- Registro de caídas
- Reevaluación de las caídas

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1 Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.2 Sujetos: pacientes dados de alta hospitalaria según base de datos CarEvid+ del proyecto BPSO en 2021.

3.3 Variables: factores extrínsecos y factores intrínsecos.

3.4 Instrumentos de medida:

- Formularios de SELENE (valoración enfermera del adulto y registro de caídas).
- Diagnóstico de enfermería: 00155 riesgo de caídas.
- NOC: 1912 caídas.
- NIC: - 6486 manejo ambiental: seguridad
 - 6490 prevención de caídas
 - 888 revaloración

4. RESULTADOS: Tras evaluar un total de 1107 historias clínicas de pacientes hospitalizados, con una edad media de 65

años, se comprobó que:

- el 74% de los mismos tenían una valoración enfermera del adulto realizada al ingreso.
- de ese 74%, al 94% se les identificó con riesgo de caídas.
- el 96% tenía un plan de cuidados registrado con diagnóstico, resultado e intervenciones.
- únicamente se detectaron 0,25% de caídas en los pacientes evaluados.

5. CONCLUSIONES/DISCUSIÓN: Tras realizar el siguiente estudio se observa que el tanto por ciento de pacientes que ingresan con riesgo de caídas es muy elevado por lo que cobra vital importancia su identificación para la prevención de las mismas.

Gracias al establecimiento de un plan de cuidados logramos actuar para disminuir la incidencia de las caídas y su gravedad, mediante una serie de actividades que proporcionan un entorno más seguro para el paciente y mejoran la calidad asistencial.

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

BRAGA RIERA, EVA (1), BERNARDO BEGEGA, ISABEL (2)

(1) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. CONSULTA DE PEDIATRÍA, (2) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: LACTANCIA MATERNA. EXTRACCIÓN MANUAL DE LACTANCIA MATERNA.

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de la instauración y mantenimiento de la lactancia materna (LM), pueden darse circunstancias en las que sea necesario realizar la extracción de la leche materna. En la unidad materno-infantil del Hospital Valle del Nalón se enseña a las madres la técnica de extracción manual durante la hospitalización, para lo cual el equipo de enfermería elaboró un tríptico explicativo.

OBJETIVOS

Conocer la opinión de las madres atendidas en el Hospital Valle del Nalón con respecto al apoyo para establecer la lactancia materna.

Evaluar la utilidad de la extracción manual de leche materna (EMLM), del tríptico y código QR con vídeo explicativo creado para su implantación.

METODOLOGÍA

Realización de entrevistas telefónicas, con consentimiento informado verbal. Se trata de un cuestionario abierto y semi-estructurado, no dirigido. Se incluyeron 20 pacientes de forma aleatoria, de las cuales participaron 12. Los testimonios son manuscritos y posteriormente se realiza un análisis fenomenológico, en busca de patrones conceptuales, ejemplificados con citas.

RESULTADOS

Todas las mujeres encuestadas recogen un apoyo adecuado por parte de los profesionales para fomentar y establecer la LM.

El 50 % de las pacientes realiza la maniobra de extracción manual de leche gracias a la información recibida en el hospital.

CONCEPTO : El hospital favorece la lactancia materna

CITA:

J1. En la planta están muy concienciados y todos los profesionales formados.

J2. Me informaron del agarre correcto, de la LM a demanda.

L1. Ellas te ayudan con la colocación del bebé desde la primera toma.

M2. Yo tengo pezón invertido, la neña tiene la boca pequeña y frenillo y hasta que no cogió el pecho no pararon.

MX1. Es le tercero, igualmente me ayudaron mucho porque la cría cogía mal el pecho.

V2. Por la sala de lactancia, por ejemplo. Está muy bien un paso bueno hacia las madres.

CONCEPTO: Extracción Manual es útil y sencilla

CITA:

J1. La enfermera de la planta me enseñó la EMLM y me fue muy bien. Muy útil en casa los primeros días antes de dar el pecho

para favorecer la toma.

L2. Bien, me ayudaba a aliviar el pecho, cuando tenía el pecho cargado.

MX1. Tuve mastitis, me enseñaron como se hacía lo de la EMLM y me fue bien.

V2. Muy buena, no hace daño, se hace muy bien.

CONCEPTO: Tríptico y QR de fácil interpretación

CITA:

L2. Bien, traía un vídeo explicativo con un QR que enseñaba muy bien todo. Conciso y bien.

M1. Está genial, muy explicado y con dibujos y bastante didáctico.

M2. Me valió para los masajes, lo explica bien.

MX2. Aunque no tengas ni idea, si sigues esos pasos consigues lograr la extracción de leche.

V1. Me parece útil, porque sino tendría que buscarme yo la información.

CONCLUSIONES

Las mujeres entrevistadas muestran un alto grado de satisfacción con respecto al fomento y apoyo de la LM en el Hospital. Resaltan la disposición de los trabajadores para informar y atajar los problemas derivados de la instauración y mantenimiento de la LM. El tríptico resulta ser una herramienta útil.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO: BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Fernández Raigada, Rosa Isabel (1), Papín Cano, Cristina (1), Suarez González, Olaya (1), Fernandez Perez, Maria Angeles (1), Fernández González, Maria Nieves (1), Martínez López, Yoana (2), Fernández Fernández, Carmen Maria (2)

(1) Piedras Blancas, (2) Hospital Universitario San Agustín

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: caídas/enfermería/evidencia

Introducción: Las caídas se describen como un fenómeno multifactorial complejo. Las lesiones producidas por caídas pueden afectar a la calidad de vida de la persona y conducir a distintos grados de pérdida de independencia. Además de los costes personales, suponen un elevado coste para el sistema sanitario. Las enfermeras y otros profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la prevención de caídas mediante la implantación y evaluación de estrategias basadas en la evidencia científica.

Objetivos:

1. Implantar la guía RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) "Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas" en la Zona Básica de Salud de Castrillón dentro del proyecto BPSO (Best Practice Spotlight Organisation) del Área Sanitaria III.
2. Sensibilizar en la importancia de la prevención de caídas y sus lesiones derivadas.
3. Unificar registros y procedimientos.

Método: siguiendo la metodología de la implantación RNAO, se realiza la selección de recomendaciones a implantar por parte de miembros del equipo de implantación (enfermeras de Castrillón) y profesionales de Corvera, Llanoponte, Pravia y Castrillón. Tras el análisis cualitativo y cuantitativo de las recomendaciones se seleccionan 6, realizando elaboración de cronograma, plan de acción, plan de implantación, revisión de partes interesadas y análisis de facilitadores y barreras. Inicio de la implantación de recomendaciones en octubre de 2019, con planificación cuatrimestral. La pandemia por Covid-19 obliga a parar el proyecto y realizar una posterior adaptación y reevaluación para su continuación.

Resultados: la evaluación arroja que en 2018 no se registra ninguna caída y no se hacen cribados de riesgo de caídas. En 2020 se registra un 10% de caídas, un 23% de los pacientes tienen registrado el cribado de caídas y de estos un 43% están en riesgo de caídas. En 2021 se registra un 7% de caídas y un 30% de los pacientes tiene registrado el cribado de caídas y de estos, un 54% están en riesgo de sufrir una caída. El 92% de los pacientes con alto riesgo de caídas tiene valorado la adecuación terapéutica.

Conclusiones/Discusión: trabajo diario con criterios de evidencia, disminución de la variabilidad y unificación en los registros. Aumento de la importancia de las caídas como un problema de salud. Satisfacción de usuarios y profesionales.

Se propone en el futuro la creación de un protocolo unificado de valoración y abordaje de las caídas en la comunidad.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE CASO EN PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL AREA SANITARIA IV: ¿CÓMO VAMOS?

Alonso Prida, Daniel (1), Monsalve Pascual, Alicia (1), Armenteros Miera, Felipe (1), ALONSO LORENZO, JULIO CESAR (2)

(1) Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Asturias (UDMSM), (2) Gerencia Area Sanitaria

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: Suicidio, riesgo de suicidio, prevención secundaria.

Introducción: El suicidio es un problema sanitario y social de primer orden. En 2018 se puso en marcha un programa de intervención individual en casos en los que se detectara riesgo elevado, se hace necesaria una evaluación de su situación actual.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y de seguimiento de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio (PDMprs) desde su implantación en 2018 hasta 2020, en el Área Sanitaria IV de Asturias (330.541 habitantes).

Método: Estudio descriptivo. La población de estudio fueron los pacientes incluidos en el PDMprs desde atención especializada entre 2018 y 2020, no se incluyó atención primaria por el bajo nivel de captación. La información fue recogida de la historia clínica electrónica, no solamente del registro del protocolo. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas, las específicas vinculadas al riesgo de suicidio y de seguimiento del episodio. Se realizó un análisis descriptivo básico uni y bivariado, se emplearon pruebas de significación estadística, se calculó la OR para evaluar el efecto de posibles variables explicativas.

Resultados: Se estudiaron 357 casos, con edad media de 46,1 (sd: 15,7) años, 49,9% tenían entre 40 y 59 años, 61,9% eran mujeres. La unidad más habitual desde la que se produjo la inclusión en el PDMprs fue el servicio de urgencias hospitalario (59,7%). Los motivos de inclusión fueron: Intento autolítico (64%), ideación autolítica (29%) y riesgo autolítico (7%). Según la escala MINI el 84,2% de casos tenían un riesgo alto de suicidio. El 39,5% de los casos contaba con tentativas previas, existía una relación en el límite de la significación entre el sexo y el hecho de contar con tentativas previas: OR=1,6 (IC95%: 0,99-2,55) de mujeres respecto a los hombres.

En los pacientes que se incluyeron en el PDMprs desde fuera de la red de Salud Mental el tiempo medio hasta la primera consulta fue 8,7 días, el 66,3% se producían antes de los 10 días. Se realizaron 7253 consultas, la media de consultas por paciente y mes a seguimiento fue de 3,9. El 70,4% de las personas incluidas fueron dadas de alta durante el periodo de estudio, el tiempo medio de seguimiento fue 174,8 días (mediana: 105). Durante el seguimiento se efectuó alguna nueva tentativa de suicidio en el 13,2% de los casos. Se produjeron dos fallecimientos en el periodo de seguimiento, uno de ellos por suicidio.

Conclusiones: La captación se produce en gran medida en las urgencias hospitalarias, vinculada a intentos autolíticos. La inclusión se realiza en personas con riesgo elevado, aunque desconocemos el grado de "sensibilidad" del PDMprs para captar todas las personas con riesgo elevado que contactan con el servicio sanitario. Se produce una intensa actividad de consultas de seguimiento en el PDMprs, pero son necesarias más investigaciones que evalúen el impacto en la disminución de intentos autolíticos en este grupo de riesgo elevado.

PILOTAJE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR (UAF) EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE CASTRILLÓN, EN AREA SANITARIA III

López Álvarez, Laura (1), Fernandez Castaño, Rocio (1), Pacho López, Maria Paz (1), Norniella Gonzalez, Saloa (1), Fernandez Raigada, Rosa Isabel (1), Ferrero Ohse, Walter Roberto (2), Cedeño Benavides, Tania (2)

(1) Piedras Blancas, (2) Área 3

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: Unidad de atención familiar, equipo, multidisciplinar, trato personalizado, desburocratización

Introducción:

El proyecto de la UAF surge de la necesidad de una reforma integral del modelo de atención. El nuevo modelo propone una mejora en la calidad asistencial, del trabajo en equipo y multidisciplinar. Está basado en un modelo de trabajo ya existente en la UGC de La Chana (Granada) ajustado a las características de la población asturiana.

Objetivos:

1. Evitar la atención al usuario fragmentada e incluir a la unidad familiar como receptora de atención integral.
2. Incluir a los administrativos de salud dentro del equipo asistencial y de cuidados, ampliando sus competencias, fomentando el trabajo en equipo multidisciplinar
3. Gestionar los recursos humanos y materiales existentes de la manera más eficiente
4. Valorar y, en lo posible, aumentar el nivel de satisfacción de profesionales y usuarios
5. Ofrecer atención basada en criterios de calidad y evidencia científica

Método:

El proyecto piloto de la UAF se está llevando a cabo en el momento actual, el cronograma establecido se desarrolla entre los meses de abril y junio de 2022. La ejecución de este pilotaje precisa de suficientes recursos materiales y humanos, consistiendo estos últimos en 2 profesionales médicos, 2 de enfermería y 1 administrativa de salud, es decir, 2 cupos clínicos asociados a un profesional administrativo.

La demanda de consulta presencial/no presencial/telefónica se gestiona por la Unidad Administrativa de la forma habitual. Es cuando la demanda sobrepasa la agenda estándar y/o requiere una atención especial por su complejidad, peculiaridad o indemorabilidad cuando es gestionada por la administrativa de salud de los cupos. Esta se encarga de asignar la demanda al profesional que mejor pueda resolverla en base a las funciones y competencias recogidas en el nuevo modelo de asistencia en Atención Primaria (Estrategia para un Nuevo Enfoque de la AP 2018-2021) con un modelo flexible y consensuado entre los miembros del equipo, comunicación permanente y multidireccional.

Resultados:

Los resultados se encuentran en evaluación mediante encuestas de satisfacción que se reparten durante el pilotaje de forma aleatoria de aquellos pacientes que hayan tomado contacto con el nuevo sistema a través de la administrativa de salud. Disponemos de algunos datos provisionales que arrojan datos prometedores.

Conclusión:

Con el actual modelo demostradamente obsoleto y estanco, las propuestas de mejora suponen una esperanza en el horizonte de la AP. El papel del administrativo en el centro de salud se encuentra hasta ahora anclado en burocracia que no permite su integración en el equipo de forma óptima. Consideramos que este nuevo modelo permitirá su participación en el equipo clínico/asistencial así como un trato cercano y personalizado. Además este modelo contribuirá a la mejora de la asistencia del resto de miembros del equipo que verán facilitado el desarrollo de sus competencias al desburocratizar las consultas clínicas, con beneficio en el paciente, que es el fin último del nuevo modelo.

SEGURIDAD DE PACIENTE E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PANDEMIA

Maestre García, María de los Ángeles (1), Alonso Antuña, Tania (2), Fernández Muñiz, Teresa (2), Ansedes García, Leticia (3), García Díaz, Vanesa (2), Malnero López, Marta M^a (2), Martínez Ortega, Carmen (2)

(1) Área Sanitaria VIII, (2) Hospital Valle del Nalón, (3) Hospital de Cabueñes

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Seguridad de paciente, inteligencia artificial

-Introducción: La necesidad de reforzar la seguridad de paciente durante la pandemia y la prevención de la transmisión de infecciones, en combinación con la elevada presión asistencial en este periodo, que dificultaba la disponibilidad de tiempo para la formación, nos obligó a la creatividad en el formato de las actividades formativas. Así pasamos de un diseño clásico accesible a probar una herramienta innovadora que incorpora la inteligencia artificial.

-Objetivos

1. Mejorar la accesibilidad a la formación
2. Formación multidisciplinar
3. Favorecer la participación de las y los profesionales
4. Fomentar el aprendizaje organizacional colaborativo

-Métodos: En primer lugar se identificaron los campos de formación prioritarios, partiendo de las notificaciones recibidas en SINASP en 2020: identificación de pacientes, prevención de caídas, seguridad en la administración de medicación y prevención de transmisión de infecciones.

Se organizaron 4 sesiones en modalidad presencial de 30 minutos de duración al final del turno de mañana, en 4 ediciones simultáneas, para favorecer la participación. La formación se dirigió a profesionales de todas las categorías, personal sanitario y no sanitario, y se acreditó con 0.39 créditos.

Posteriormente se participó en colaboración con la empresa Zapiens® en el proyecto Horizonte 2020, para testar una herramienta de aprendizaje organizacional mediante el uso de tecnología móvil y la inteligencia artificial, con los mismos contenidos.

-Resultados: En la modalidad presencial se certificó la asistencia a las 4 sesiones a un total del 179 alumnos/as, aunque la participación total superó las 200 personas.

La valoración global del curso en una escala Likert de 1 a 5 fue superior a 4 en un 79% de las respuestas. La claridad de los contenidos y la metodología utilizada alcanzó el 5 en más del 70%.

En el formato digital testado, participaron 116 personas. El 50% estuvieron activas y el 93% finalizaron más de la mitad de los entrenamientos. La nota media en conocimientos fue de un 8.61 sobre 10.

El área de conocimiento con mejores resultados fue el del uso seguro del medicamento (9.3), mientras que la limpieza y la desinfección la que peor resultado obtuvo (7.2).

El grupo de profesionales con mejor puntuación tanto en conocimiento como en asistencia fue el de auxiliares administrativos.

Al tratarse de una formación acontinua en el tiempo y accesible en todo momento, nos permite detectar el momento de mayor participación, que en nuestro caso fue los viernes a las 10 h.

-Conclusiones: El uso de tecnología permite obtener más información sobre la evolución y resultados de la formación, así como detectar nuevas necesidades formativas. También favorece la comunicación interna entre profesionales.

Aunque parece que la participación continúa siendo mayor en las actividades presenciales, las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en la gestión del conocimiento de las organizaciones nos obligan a avanzar en su utilización.

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PROTEINOGRAMAS BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES

GARCIA HERNANDEZ, PABLO (1), AVANZAS FERNANDEZ, SARA (1), CORTES GIMENEZ-CORAL, ADELA (1), CARRERAS QUIROGA, SARA (2), GONZALEZ SANCHEZ, JOSE ANTONIO (3), ALVAREZ MUÑOZ, MARIA BEGOÑA (3)

(1) FUNDACION HOSPITAL DE JOVE, (2) FUNDACION HOSPITAL DE JOVE, (3) FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: No hacer, humanización, gestión, eficiencia, laboratorio, coordinación

INTRODUCCION

El proteinograma es una prueba que ha demostrado su utilidad en el diagnóstico y seguimiento de las gammopatías monoclonales (GM), patologías de lenta progresión, que presentan una incidencia baja en Europa (45-60 casos/millón habitantes/año). La edad promedio en el momento del diagnóstico se sitúa en los 70 años. No está indicado el uso del proteinograma como herramienta de cribado general.

OBJETIVOS

Implementar el algoritmo de rechazo de pruebas innecesarias, o que aporten escaso valor diagnóstico, en base a las recomendaciones "No Hacer" de la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM), en el marco del proyecto "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España" impulsada por el Ministerio de Sanidad.

MÉTODOS

A finales de octubre de 2021 se adoptó el algoritmo de la AEBM para ejecutar una serie de reglas (de aplicación manual) para rechazar las solicitudes de proteinogramas de acuerdo a las siguientes reglas:

Criterio 1: Solicitudes a pacientes con edad inferior a 50 años, excepto en los que existan criterios clínicos y analíticos de GM: enfermedad ósea, función renal alterada, enfermedades oncológicas y/o hematológicas, hipercalcemia, etc

Criterio 2: Solicitudes a pacientes en cuya historia se evidencia la realización de la prueba con resultado no patológico, realizado antes de transcurrir un año desde la anterior determinación.

Para la valoración de la eficacia se valoró el porcentaje total de pruebas rechazadas por cada una de ambas reglas durante el periodo de estudio (noviembre 2021 - abril 2022). Se empleó el indicador de proceso propuesto por la AEBM: ratio anual de solicitudes en pacientes mayores de 50 años, que debe ser superior al 0,80 con respecto al total de las solicitudes.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recibieron un total de 983 peticiones, rechazándose 360 determinaciones (36,62%): 226 (22,99%) por criterio 1 y 134 (13,63%) por criterio 2. Dentro del criterio 2, el 14,92% de ellas se rechazaron por tener realizado el proteinograma en otro centro.

Con respecto a ratio anual, entre 2001 y 2020, se situó entre 0,75 y 0,78, incumpliendo el criterio (>0,80). En el año 2021, el ratio fue de 0,81, cumpliendo con el indicador, a pesar de que las medidas adoptadas solamente tuvieron impacto en los dos últimos meses del año.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

Las medidas adoptadas han resultado ser eficaces en términos de reducción de pruebas innecesarias, reduciendo tanto el impacto económico como el iatrogénico al paciente, debido a la derivación a nuevas consultas o realización de nuevas pruebas. La posterior eliminación de las pruebas en los perfiles evita la realización de cribados no justificados a los

pacientes.

Cabe destacar la importancia de la coordinación entre los laboratorios de la red SESPA, que contribuye a la mejoría de la calidad asistencial de los pacientes, tanto en la aplicación de esta medida, como de otras decisiones inteligentes que se puedan plantear en futuros escenarios.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS APLICADO AL SISTEMA DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Eiroa Osoro, Mateo (1), OYAGUE LOPEZ, LAINA (2), Velasco Rocas, Lucía (1), Varela Fernández, Cristina Isabel (1), Arpírez Robledo, Izaskun (1), Fernández Lastras, Sergio (1), Lozano Blázquez, Ana (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. ÁREA IV., (2) H.U. CTRAL DE ASTURIAS. ÁREA IV.

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: Botiquines de Medicamentos, Modo de Fallo, Número de Prioridad de Riesgo

Introducción: El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es una herramienta de gestión de la calidad de procesos que tiene como objetivo hacerlos más eficientes y seguros. Esta metodología nos permite evaluar las causas de los posibles riesgos y proponer soluciones que contribuyan a su prevención.

Objetivo: Identificar los posibles riesgos en el sistema de botiquines de medicamentos del hospital con el fin de mejorar la seguridad de los procedimientos habituales.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo en el que se ha utilizado la metodología AMFE. Se constituyó un grupo multidisciplinar formado por la farmacéutica responsable de calidad, dos farmacéuticos residentes, la supervisora y una auxiliar de enfermería del Servicio de Farmacia, enfermeras y supervisoras de otros Servicios. Se identificaron los modos de fallo del proceso a través de tormenta de ideas. Se evaluó el impacto asociado a cada modo de fallo con el Número de Prioridad de Riesgo (NPR), según ocurrencia, gravedad y detectabilidad, criterios de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, asignando valores del 1 al 10 para cada una de las variables. Se establecieron medidas de mejora para todos los modos de fallo identificados.

Resultados: Se identificaron 6 subprocesos: pacto de medicamentos, petición informatizada de medicamentos, preparación del pedido, envío del pedido, recepción del pedido y almacenamiento de los medicamentos.

Se evaluaron 17 modos de fallo distintos, con 14 causas asociadas diferentes y con efectos cuya gravedad varió entre 1 y 9. Los cinco modos de fallos con mayor NPR fueron: petición no ajustada a las necesidades, medicamentos de urgencia no dispensados, recepción inadecuada del pedido, colocación inadecuada de medicamentos urgentes y falta de identificación de los medicamentos de alto riesgo, con valores de 315, 252, 126, 270 y 128, respectivamente.

Como medidas de mejora con un posible mayor impacto se propusieron: 1) pacto de medicamentos: revisiones periódicas de medicamentos incluidos en los pactos de los botiquines por parte del Servicio de Farmacia; 2) petición informatizada de medicamentos: elaboración de un documento donde se recoja el procedimiento para la realización del pedido; 3) preparación del pedido: inventarios periódicos de medicamentos de urgencia para evitar desajustes entre el stock teórico y el real; 4) envío del pedido: establecimiento de un plan de formación específico para los celadores que se incorporen al Servicio de Farmacia; 5) recepción del pedido: elaboración de un protocolo para estandarizar la actuación del personal de la planta; 6) almacenamiento de los medicamentos: revisiones periódicas de los botiquines y seguimiento de los fallos detectados.

Conclusiones: La metodología AMFE es una herramienta útil en la detección de modos de fallo del sistema de botiquines de medicamentos de un hospital. La implantación de acciones de mejora podría reducir el riesgo de forma significativa.

ACREDITACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA LA ELABORACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS CON TÉCNICA ABIERTA

OYAGUE LOPEZ, LAINA (1), Eiroa Osoro, Mateo (2), Goenaga Ansola, Ane (3), Macía Rivas, Lola (2), Fernández Laguna, Clara Luz (2), De la Fuente Villaverde, Irene (4), Lozano Blázquez, Ana (4)

(1) H.U. CTRAL DE ASTURIAS. ÁREA IV., (2) Hospital Universitario Central de Asturias. ÁREA IV., (3) Hospital Universitario Central de Asturias ÁREA IV., (4) Hospital Universitario Central de Asturias. ÁREA IV.

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: Plasma Rico en Plaquetas, Técnica Abierta, Acreditación

INTRODUCCIÓN: El plasma rico en plaquetas (PRP) se define como un volumen de plasma autólogo que contiene plaquetas a una concentración superior al nivel basal, 150.000-300.000/ μ L. Está clasificado como medicamento de uso humano dada su composición, mecanismo de acción e indicaciones.

OBJETIVOS: Descripción del proceso de acreditación del Servicio de Farmacia para la elaboración de PRP con técnica abierta, centrándose en aspectos específicos de PRP y excluyendo aquellos comunes para otros preparados estériles.

MÉTODOS: Estudio descriptivo del proceso llevado a cabo entre octubre de 2020 y marzo de 2022 por el Servicio de Farmacia, en colaboración con los responsables de los demás departamentos implicados: Traumatología, Extracciones, Bioquímica. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los requerimientos necesarios para la elaboración de PRP. Para ello, se consultó el documento oficial *Garantías Mínimas de Calidad en la Producción de PRP* así como el *Informe de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios sobre el Uso de Plasma Rico en Plaquetas*, ambos publicados por el Ministerio de Sanidad. También se revisaron los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) relativos a todo este proceso. Se cotejó el cumplimiento de todos los requisitos necesarios y se intervino en aquellos en los que se detectaron discrepancias.

RESULTADOS: Para garantizar la seguridad del paciente a tratamiento se deben realizar una serie de comprobaciones previas. Antes de iniciarlo, también se deberá firmar un consentimiento informado donde figuren: posibles riesgos, reacciones adversas, pruebas analíticas previas, datos de eficacia y ventajas de aplicación de dicha terapia. Estos dos últimos puntos se tuvieron que añadir al consentimiento, al no figurar en éste. Dentro de las pruebas analíticas previas destinadas a la detección de agentes infecciosos se incorporó la amplificación genómica del ácido nucleico para la detección de los virus de la hepatitis B, C y VIH. Una vez acordado con el Servicio de Bioquímica, se actualizó la petición de pruebas analíticas en *Millenium®* y el consentimiento informado. Los cambios y actualizaciones en este documento se hicieron conjuntamente con Traumatología.

También se normalizó, junto a los Servicios de Traumatología y Bioquímica, la descripción del procedimiento creando un PNT de obtención de PRP. Además, en él se incluyó la definición oficial de este medicamento; el protocolo de obtención de plasma, facilitado por el Servicio de Extracciones; y se actualizaron todas las modificaciones referentes a las pruebas analíticas.

CONCLUSIONES: Tras la realización de los cambios mencionados, el Servicio de Farmacia cumple con los estándares de calidad exigidos para la elaboración de PRP con técnica abierta. El cumplimiento de estos estándares de calidad supone una garantía que abarca el proceso completo de elaboración, desde su prescripción hasta su dispensación.

Adaptación de un Programa de Promoción de Salud o cómo la Pandemia nos empujó a usar las TICs.

Fernández Cañedo, M^a Covadonga (1)

(1) Unidad de Fisioterapia de Cangas del Narcea

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: fisioterapia, promoción de la salud, servicios de salud escolar, tecnología de la información.

Introducción: La Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Cangas del Narcea, área sanitaria II de Asturias, desarrolla desde 2017 un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad centrado en la Educación para la Salud en los Centros Educativos. Este Programa se compone de tres proyectos iterativos que abordan la higiene postural y la ergonomía, la práctica de los estiramientos musculares como herramienta de salud y prevención de lesiones deportivas y la responsabilidad del individuo en la toma de decisiones para mantener su estado de salud. La población a la que va destinada son los niños de 3 a 14 años escolarizados en los Centros que voluntariamente se acogen al programa.

En 2020 la irrupción del Sar-Covid 19 provocó cambios sociosanitarios que alteraron nuestras interacciones a todos los niveles; los Centros Educativos se blindaron por la seguridad de los niños y se vetaron las intervenciones presenciales en las aulas.

El curso 2020/2021 también se presentó con muchas restricciones e incertidumbres. La valoración de la primera iteración del Programa objetivaba que la transmisión de información no había sido eficiente, no había provocado los cambios esperados en una medida aceptable, debíamos continuara con el Programa pues el objetivo no se había conseguido. Pero no podíamos mantener una expectación permanente en espera de una realidad incierta pero a todas luces diferente de la precovid, así que decidimos actuar. La pregunta era: ¿Cómo estar presentes sin estar allí?.

Objetivos: Rediseño del enfoque comunicativo a fin de adaptarlo a la realidad poscovid en los Centros Educativos.

Metodología: Comunicación asíncrona a través de cinco videos cortos en clave de humor sobre higiene postural y equipaje escolar , elaborados por el personal de la Unidad y distribuidos a los centros educativos.

Comunicación síncrona mediante videoseSIONES a través de la plataforma Teams par resolver dudas.

Resultados: 11 Centros educativos aceptaron la intervención y conseguimos comunicarnos con 630 niños de 3 a 12 años.

Conclusiones La pandemia nos ha como obligado a reinventarnos y afrontar el uso de las TIC. Esta experiencia ha conllevado cambios inmediatos en el alumnado y gran satisfacción en la comunidad educativa.

EL DISEÑO COMO NEXO ENTRE LA INNOVACIÓN Y LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Mones Iglesias, Ángel Luis (1), BERNALDO TAMARGO, LAURA (1), CRUZ SOSA, EVA (1), González Pérez, Eva M^a (1), Izquierdo Barrios, Camino (1), RODRÍGUEZ RAMÍREZ, VIOLETA (1)

(1) HUCA

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: CALIDAD, DISEÑO, INNOVACIÓN

Introducción

La Calidad busca estabilización de procesos y su mejora mediante acciones preventivas y correctivas; la Innovación se plantea modificar y transformar el modo de hacer las cosas. La Calidad es 100% eficiencia, mientras que la Innovación es 90% error (riesgo)

Para que haya Innovación tiene que existir algún impacto en las personas y/o en la sociedad.

La Innovación esboza e introduce los cambios, la Calidad los estabiliza y perfecciona.

Objetivos

Buscar un recurso que aglutine a la Innovación con la Calidad

Métodos

Se realizó una búsqueda en internet, que debido a las características singulares de ambos conceptos no pudo ser sistemática, por lo que es difícilmente reproducible.

Resultados

Varios artículos, tesis y monografías.

Destacando una asignatura específica de la Universidad Abierta de Cataluña

Conclusiones / Discusión.

El potencial del diseño como herramienta práctica para la innovación y la humanización de la tecnología es reconocido y validado por todo tipo de organizaciones públicas y privadas

El diseño no se ocupa únicamente de la forma de las cosas sino también de su función y de su propósito.

El diseño ayuda:

- Facilitando la cooperación
- Permitiendo entender situaciones complejas
- Sintetizando visualmente conceptos y facilita la adopción de conductas
- Creando experiencias que mejoran la vida de las personas
- Definiendo procesos más eficaces, eficientes, accesibles e inclusivos

El diseño pone a las personas en el centro. Es interdisciplinar. Concilia análisis y acción.

El cambio real está en implicar a la ciudadanía en el uso de los prototipos mediante talleres de co-creación que sirvan para recoger especificaciones y documentar posibles soluciones.

El prototipado bien hecho requiere humildad porque si no, es difícil escuchar e integrar el feedback recibido a través de la participación.

ESCOGED A LOS MEJORES PARA INNOVAR

Análisis del portal del ciudadano del Área Sanitaria “Mostrador Web”

MOGOLLÓN FAJARDO, ISABEL (1), BLANCO MUÑIZ, MARIA ANGELES (1), MARTÍNEZ FRANCO, YOLANDA (1), PACHO LÓPEZ, PAZ (2), SOÑORA MOLLEDA, MARIA JOSÉ (3), GONZALEZ DIEZ, BEATRIZ (4), DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (5)

(1) AREA III, (2) CENTRO SALUD PIEDRAS BLANCAS, (3) AREA SANITARIA III, (4) AREA 3, (5) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL, TICS, EVALUACIÓN, CALIDAD, ACCESIBILIDAD

INTRODUCCIÓN

La tercera ola de la pandemia colapso los centros sanitarios; como respuesta en nuestra área se diseñó el "mostrador web" para incrementar la accesibilidad a los mostradores de nuestros centros desde internet. Inicio noviembre 2020 en Atención primaria y finalizó en mayo 2021 en el hospital.

OBJETIVOS

Evaluar el uso de la herramienta de internet "Mostradores Web" para la realización de trámites administrativos con centros sanitarios.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Variables: nº de trámites, tipo, zona, nivel asistencial, mes, año.

Ámbito: atención primaria y hospital.

Período: Noviembre 2020 a abril 2021.

Análisis: Se describen las variables cualitativas con distribución de frecuencias. Se muestra la tasa de trámites por 10.000 habitantes para poder realizar la comparación.

RESULTADOS

40707 trámites realizados. El 90,5% en Atención Primaria. El 94,5% de los trámites en AP se concentran en 3 procesos: justificante vacuna covid (56,7%), solicitud cita (30,4%), renovar receta electrónica (7,4%). En Hospital el 83,09% se concentran en 4 procesos: justificante vacuna covid (47,38%), información consultas (16,82%), informe PCR (10,1%), Solicitud documentación (8,79%). El 56,8% tenían que ver con trámites por el COVID. La tasa por 10.000 habitantes fue de 2541,2; siendo más alta en zonas urbanas (4382,11) que en rurales (1109). Comparando Enero-abril del 2020 con 2021 nos encontramos que se realizaron un 4,8% más trámites, pasando de 4698 a 4023.

CONCLUSIONES

La herramienta ha sido ampliamente usada. Existen diferencias entre zonas, más usada en el ámbito urbano. Ello puede estar relacionado con una posible brecha digital o con el hecho de que sea la presión asistencial sea una mayor barrera a la accesibilidad que la dispersión geográfica. El 57% de los trámites tenían que ver con el COVID, entendemos que esta herramienta fue de gran utilidad al contribuir a incrementar la accesibilidad de los centros en un momento de gran saturación.

“Mostrador Web”: Creando un portal del ciudadano en un área sanitaria.

PEDRAYES GONZÁLEZ, SILVIA (1), LOSADA ROMERO, MILAGROS (1), GONZÁLEZ DIEZ, BEATRIZ (1), ÁLVAREZ MÉNDEZ, LUISA MARÍA (1), VILLALOBOS DE GODOS, SUSANA ISABEL (1), GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ENRIQUE (1), DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (2)

(1) AREA SANITARIA III, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: ACCESIBILIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITAL, UNIDADES ADMINISTRATIVAS, TICS

INTRODUCCIÓN

El malestar por las dificultades en el acceso a los centros de atención primaria durante la tercera ola de la pandemia era generalizado. En este contexto el área desarrolla la iniciativa "Mostrador Web", un portal para el ciudadano. Presentamos el proyecto y el resultado del mismo.

OBJETIVO

Desarrollar una herramienta que permita realizar trámites administrativos con centros sanitarios por internet.

MÉTODOS

1. Desarrollo:

- a. Grupo trabajo multidisciplinar.
 - b. Definir procesos administrativos a realizar por internet.
 - b.1. AP: cambio médico/domicilio. solicitud consulta/vacunación gripe. Justificante consulta. Documentación clínica. Transporte. Renovación receta. Reintegro gastos. Tarjeta sanitaria. Facturación.
 - b.2. Hospital: documentación clínica. cita consultas. transporte. intervención quirúrgica. justificantes. quejas. insatrucciones previas. facturación.
 - c. Desglose fases del procedimiento y requisitos.
 - d. Diseño circuito recepción-respuesta.
 - e. Desarrollo herramienta informática "mostrador web":
 - e.1. Entorno página web del área.
 - e.2. Incorporación responsables página web
 - e.3. Seguridad: certificado SSC y TSC. Verificación Identidad. Ley 3/2018.
 - e.4. Definir datos-documentación necesaria.
 - e.5. Algoritmo acceso: nivel, zona, centro, proceso. Imprescindible para circuito recepción-respuesta.
 - e.6. Diseño informático y pruebas iniciales.
- ### 2. Implantación:
- a. Fases: 3 en AP y Hospital.

- b. Definir responsables.
- c. Sesiones formativas de responsables.
- d. Divulgación: Carteles. Video página web. Códigos QR en marcapáginas. Medios de Comunicación.
- e. Arranque:
 - e.1. Fase Atención Primaria: Noviembre 2020 (4 zonas), Diciembre (5) y Enero (1).
 - e.2. Fase Hospital: Mayo 2021.
- 3. Seguimiento-Evaluación: indicadores (nº trámites, tipo, centro, mes y año).

RESULTADOS

Fue implantado según lo planificado. Se introdujo un nuevo procedimiento, justificante vacunación-covid. Se atendieron 40707 trámites desde el inicio.

CONCLUSIONES

El mostrador web es una alternativa útil y escalable de acceso telefónico/presencial. El desarrollo nos permitió reflexionar sobre los procedimientos desde diferentes ópticas y optimizarlos. Se precisa apoyo de empresas externas informáticas.

Análisis del consumo de EPIs tras el cambio de paradigma de aislamiento de pacientes COVID-19.

GARCÍA GONZÁLEZ, JOSÉ ÁNGEL (1), GARCÍA VIÑA, COVADONGA (1), SERRANO HEVIA, LAURA ELENA (2), FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, JAVIER DAVID (1), TORIBIOS PÉREZ, SEGISFREDO (3), MANCHEÑO VILLAREJO, FERNANDO (4), DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (2)

(1) ÁREA SANITARIA III, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, (3) AREA SANITARIA III, (4) ÁREA SANITARIA V

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: GESTIÓN CAMAS, COVID 19, EPIs, AISLAMIENTO, HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL

INTRODUCCIÓN

Nuestro hospital fue designado para atender a pacientes covid desde el inicio de la pandemia. Al inicio se realizó aislamiento en cohorte, reservando plantas para estos pacientes. Entre las ventajas se encontraba la optimización de recursos en un momento de dificultad de adquisición, control de accesos, establecer circuitos de atención. Posteriormente se reducían los ingresos y nos encontramos ante una situación de ineficiencia en la gestión de camas. Plantas covid con baja ocupación junto con gran necesidad de camas no covid. Se optó por cambiar el aislamiento y hacerlo por habitación, conviviendo en la misma planta habitaciones covid y no covid. Los EPIs debían colocarse-retirarse a la entrada de cada habitación y cada vez que se entraba en la misma. Esto incrementa el consumo de EPIs. Evaluar esta variable es imprescindible de cara a evitar rotura de stock de estos equipos de protección.

OBJETIVO

Evaluar el impacto del cambio de criterio de aislamiento en el consumo de EPIs

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Período: Fase aislamiento cohorte: 10 enero-20 de marzo 2022 (9 semanas). Fase aislamiento habitación: 21-27 de marzo de 2022.

Variables: número de batas de exploración reforzada consumidas por semana.

Análisis: se compara la media de consumo por semana de los dos períodos.

RESULTADOS

1177 batas en 9 semanas en la fase de aislamiento por cohorte. La media a la semana fue de 130,8. En la fase de aislamiento por habitación se consumieron 2050 batas en una semana. Con objeto de valorar la optimización del consumo se crea un grupo de trabajo multidisciplinar donde se analizan las veces que cada categoría entra en la habitación al día, y se arroja una horquilla de consumo semanal de batas de 2030 a 2045 en cada planta de 30 camas.

CONCLUSIONES

Se multiplica por 15 el consumo de EPIs. Esta información se trasladó a la Unidad Central de Compras para que la tuviera en cuenta a la hora de garantizar la reposición de equipos y la estimación del gasto. Este nuevo tipo de aislamiento genera también demoras en la atención que provocó la necesidad de reforzar esas unidades; por el contrario, permite una gestión del recurso cama más ajustado a las demandas asistenciales.

Impacto de la pandemia covid-19 en las intervenciones quirúrgicas programada: Tenemos un problema.

RODRIGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL (1), MANIEGA CAÑIBANO, MARIA (2), FERRERO OSHE, WALTER ROBERTO (2), ROCHA ADRIAN, MARIA ISABEL (2), NORIEGA LÓPEZ, COVADONGA (1), TOIMIL PÉREZ, MARÍA ÁNGELES (1), DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (3)

(1) ÁREA SANITARIA III, (2) AREA SANITARIA III, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ACTIVIDAD ASISTENCIAL, HOSPITAL, COVID, PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 condicionó una reducción de la actividad asistencial programada en 2020 y 2021 por la declaración del estado de alarma y por la necesidad de reorientar los recursos a la atención a estos pacientes. Con la intención de dimensionar el impacto que esta reducción ha tenido en la asistencia a los pacientes quirúrgicos programados así como dimensionar el esfuerzo que será preciso para recobrar la normalidad se realizó el presente trabajo.

OBJETIVOS

Analizar la incidencia que la pandemia ha tenido en la actividad quirúrgica programada de nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Período: 01/01/2009 al 31/12/2021 (13 años).

VARIABLES: nº de intervenciones totales, año.

ANÁLISIS: se describen las variables cuantitativas con la media.

RESULTADOS

La media anual de intervenciones realizadas entre 2009 y 2019 fue de 7949,45. En 2020-2021, la media anual fue de 5213,5; 2735,96 intervenciones anuales menos de media al año, lo que representa -34,42% de la media anual 2009-2019.

CONCLUSIONES

La reducción de la actividad en 2020-2021 fue de 2736 intervenciones. El ratio de entradas-salida en 2019 fue de 1,01, es decir prácticamente la actividad realizada es capaz de asumir las entradas anuales en lista de espera exclusivamente. El número medio de intervenciones por quirófano fue de 3,5. Para absorber las 2736 intervenciones menos precisaríamos 781,7 quirófanos. La media de quirófanos ha sido 1433, 1325 de mañana y 108 de tarde. Si conseguimos que la actividad de mañana logre resolver las entradas en lista de espera, necesitaríamos 781 quirófanos de tarde para digerir lo no realizado; y a 108 quirófanos año, tardaríamos 7,2 años en digerir el impacto de la pandemia. Es necesario articular planteles especiales a medio y largo plazo para intentar reducir este impacto, con quirófanos de tarde y derivaciones de intervenciones a otros centros. Sería importante también ajustar las expectativas de los ciudadanos para minimizar el conflicto social.

Análisis de la actividad hospitalaria por semestres en los últimos 13 años.

RODRÍGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL (1), MANIEGA CAÑIBANO, MARIA (1), CEDEÑO BENAVIDES, TANIA (1), NORIEGA LOPEZ, COVADONGA (1), ROCHA ADRIAN, MARIA ISABEL (1), GONZALEZ GONZALEZ, MIGUEL (1), DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (2)

(1) AREA SANITARIA III, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: ACTIVIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL, COVID 19, NORMATIVA LABORAL, GESTIÓN, ADMINISTRACIÓN

INTRODUCCIÓN

Es conocida la disminución de actividad en los hospitales durante el verano que lastra la actividad del segundo semestre. Con objeto de conocer la dimensión real del problema se hace el presente estudio analizando la actividad de los últimos 13 años tanto en actividad programada como urgente.

OBJETIVOS

Comparar la actividad asistencial del hospital entre el primer y segundo semestre del año.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Período: del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2021.

Variables: n1 intervenciones totales, nº intervenciones urgentes, nº intervenciones programadas, nº consultas, nº urgencias atendidas, nº ingresos totales, nº estancias hospitalarias.

Análisis: se describen las variables cualitativas con distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS

De 2009 a 2021 se atienden 876625 urgencias en total. 1169 (0,27%) más en el segundo semestre. Se realizan 13482 intervenciones urgentes, siendo un 2,6% más en el segundo semestre (140). Intervenciones programadas: 85389, 10223 menos en el segundo semestre (-21,57%), con una horquilla que va de -43,6% en 2012 a +5,5% en 2021. Consultas: 2425096; 199610 menos en el segundo semestre (-15,21%), con un intervalo que va de -27,8% en 2012 a -2,5% en 2020. Ingresos: 215628; 9218 menos en el segundo semestre (-8,10%). Estancias: 1303279; 68927 menos en el segundo semestre (-10,03%)

CONCLUSIONES

La disminución de la actividad en el segundo semestre es constante tras analizar 13 años de actividad. Esta disminución se produce en la actividad programada, sin embargo en la actividad urgente no se produce. Se observa un importante impacto en la actividad de los conflictos laborales como la huelga del 2012 o la pandemia. La normativa laboral tienen una incidencia importante en la actividad y en las demoras, generando inequidades en función del momento en que se requiera la atención. Esta situación debe ser tomada en cuenta a la hora de estimar los cierres de actividad de cada año para poder plantear medidas correctivas con carácter previo.

Pacientes en lista de espera tras rechazo de centro alternativo: el próximo reto.

DE DIOS DEL VALLE, RICARDO (1), RODRIGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL (2), MANIEGA CAÑIBANO, MARIA (2), FERNÁNDEZ MARTINEZ, PATRICIA (2), ROCHA ADRIAN, MARIA ISABEL (2), FERRERO OSHE, WALTER ROBERTO (2), CEDEÑO BENAVIDES, TANIA (3)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, (2) AREA III, (3) AREA SANITARIA III

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: GESTIÓN, LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, HOSPITAL, COVID, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

INTRODUCCIÓN

El RD 605/2003 clasifica la lista de espera quirúrgica en tres grupos de pacientes: pacientes en espera "estructural", pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo (TRD) y pacientes transitoriamente no programables (TNP). Un motivo para la pérdida de la garantía de acceso es haber rechazado centros alternativos ofertados para la realización de la asistencia (Decreto 59/2018). La pandemia ha reducido la actividad programada, incrementando los pacientes en espera. Los esfuerzos se dirigen a ofertar a los pacientes en espera un recurso asistencial y con ello, reducir la lista de espera "estructural". Los pacientes TRD quedan en un limbo al haber perdido la garantía y no entrar en la población diana a la que intervenir.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de los pacientes que rechazan centro alternativo en los últimos 14 años en nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal

Período: 01/01/2009 al 30/04/2022.

Variables: nº de pacientes en lista de espera total, estructural, TNP y TRD.

Análisis: se comparan cortes a 31 de diciembre del 2009 al 2021 y el de 30 de abril de 2022

RESULTADOS

En 2009, 1719 pacientes en lista de espera; 2319 en 2015; 2854 en 2019; 3160 en 2021 y 3189 en 2022. En estructural: 1679 en 2009; 2033 en 2015; 2531 en 2019; 2721 en 2021 y 2704 en 2022. TNP: 37(2,15%) en 2009; 230(9,92%) en 2015; 221(7,74%) en 2019; 210(6,64%) en 2021 y 190 (5,96%) en 2022. TRD: 4(0,23%) en 2009, 27(1,16%) en 2015; 115(4,02%) en 2019; 161(5,09%) en 2021 y 295(9,25%) en 2022. La distribución en 2009: 97,67% estructural, 2,15% TNP y 0,23%TRD. En 2022, 84,8% estructural, 5,96% TNP y 9,25% TRD. Crece la lista estructural un 61,05% y un 85,51% la total. En abril del 2022, el 86,10% del total de TRD corresponde a una especialidad.

CONCLUSIONES

La lista de espera crece 85,51% en 14 años. El crecimiento ha sido más marcado en TRD. Estamos ante un escenario de gran complejidad ya que la población diana crece y los esfuerzos se centran en ofertar un recurso a estos pacientes por primera vez, dejando los TRD permanentemente postergados. Hay un número creciente de quejas de estos pacientes. Deberíamos intentar establecer un procedimiento con mayor garantía jurídica para profesionales y pacientes que clarifique la situación; y tener en cuenta esta situación de cara a planificar alguna formula para ir incorporando a estos pacientes en las programaciones quirúrgicas.

BENEFICIOS DE LA DETERMINACION DE INR CAPILAR SOBRE MUESTRA DE ACCESO VASCULAR EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS

CUEVA FERNANDEZ, IVAN (1), AVANZAS FERNANDEZ, SARA (1), MEGIDO MORO, JULIA (1), COLUNGA SALGADO, CRISTINA (1)

(1) FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: INR, coagulacion, hemodiálisis, cateter, fistula, AVK, acceso vascular

INTRODUCCIÓN

En las unidades de hemodiálisis cada vez hay más pacientes con patología cardiaca que reciben como tratamientos, anticoagulantes orales. Los más utilizados son los AVK, que requieren el control mediante la determinación periódica del INR en sangre; esta se realiza con una punción capilar, normalmente llevada a cabo en los centros de salud. Esto supone que los pacientes deben hacer un desplazamiento añadido a los que ya realizan para someterse a la diálisis.

En la unidad de hemodiálisis de la Fundación Hospital de Jove, el control del INR se realiza en su laboratorio, mediante la obtención de una muestra de sangre extraída de su acceso vascular y recogida en un tubo de citrato. Estos pacientes presentan algunas características particulares, como la incapacidad de eliminación de líquidos, y que podría ser causa de variabilidad en la punción capilar y diversas alteraciones analíticas, además de las peculiaridades de sus accesos vasculares. Por ello, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los pacientes con hemodiálisis, hemos estudiado si la obtención de una muestra sanguínea, a través del acceso vascular del paciente, es útil para la determinación de INR en un analizador portátil diseñado para sangre capilar, ya que de ser así, se evitarían punciones al paciente, añadiendo rapidez y comodidad a este.

OBJETIVOS Determinar el INR a partir de muestras de sangre extraídas de acceso vascular. Comparar el INR de muestras de sangre de punción capilar y de acceso vascular. Evaluar las ventajas de dicha técnica.

MÉTODO Se trata de un estudio observacional analítico basado en 56 muestras provenientes de 6 pacientes tratados con AVK orales. Para el análisis de los datos se realizó una prueba de normalidad, aplicando el test de Kolmogorov - Smirnov. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 para Windows.

RESULTADOS No se hallaron diferencias significativas entre el INR capilar, el INR en tubo de citrato y el INR vascular analizado con dispositivo capilar, independientemente de que la extracción fuese de fístula o de catéter

CONCLUSIONES La determinación de INR en una muestra de sangre del acceso vascular muestra una correlación significativa con la determinación realizada mediante punción capilar. Por tanto, parece seguro realizar el control de nuestros pacientes mediante sangre del acceso vascular. La determinación de INR a partir de la muestra del acceso, disminuye el volumen de muestra necesario para realizar la determinación, minimiza el tiempo de resultados por lo que se puede actuar con mayor rapidez ante un resultado anormal, reduce de la carga de trabajo para el laboratorio de análisis. En definitiva, estos resultados muestran que la determinación del INR a partir de la muestra del acceso vascular, permite un mejor manejo asistencial del paciente impactando positivamente en su bienestar al evitar punciones en los dedos y desplazamientos añadidos a los que ya realiza para el tratamiento de diálisis.

LA PANDEMIA SILENCIOSA: BACTERIEMIA EN CATETER VENOSO TUNELIZADO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA PENICILINA(SARM)

Alonso Garcia-Santamarina, Inés (1), Suarez Iglesias, Sheila (1), Pañeda Torre, Carlos (1), Fernandez, Ana Yesica (1), Fernandez Gonzalez, Clara (1), Garcia Gonzalez, Begoña (1), Del Valle Fernandez, Marlen (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: SARM , MRSA , bacteriemia , hemodiálisis , catéter , Staphylococcus aureus

El SARM, suele estar presente en glándulas cutáneas y membranas, algunos estudios hablan de un 20 % de portadores persistentes y un 30 % intermitentes. Esta elevada incidencia de reservorios, aumenta significativamente la probabilidad de infección, se estima que un 25 % de las infecciones son debido a SARM, la preocupación de esta elevada incidencia es por la morbimortalidad que generan. Los pacientes en hemodiálisis, precisan de un acceso vascular, que en muchas ocasiones debido a su morbilidad precisan un catéter tunelizado, lo que supone un riesgo de infección constante, al ser además pacientes crónicos con ingresos frecuentes. Mediante un estudio retrospectivo realizado durante el mes de marzo y abril del 2022 se pretende describir el caso clínico de un paciente de hemodiálisis que resulto fallecida debido a una bacteriemia de catéter colonizada por SARM.

Se trata de una mujer de 78 años, sin hábitos tóxicos, diabética y obesa , en tratamiento renal sustitutivo en hemodiálisis desde el año 2017. El acceso vascular necesario para hemodiálisis fue siempre problemático, precisando varios CVT y FAV. En 2020 sufre una primera bacteriemia por SARM, sensible a vancomicina. Un año después presenta lesiones en la piel del miembro portador de la fistula ,que se extienden a orificio de CVT . Tras un despistaje microbiológico se aísla SARM en exudado nasal , faríngeo , orificio de CVT y lesiones dérmicas . Como tratamiento, se pauta descontaminación tópica con ingreso hospitalario para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Dos semanas después, habiendo sido infructuoso el tratamiento anterior , ingresa por el servicio de urgencias con un cuadro de sepsis con supuración a través del orificio de catéter. Se retira catéter para cultivo y se inicia tratamiento con vancomicina, gentamicina y daptomicina. Fallece 24 horas después.

A pesar del trabajo coordinado con los servicios de enfermedades infecciosas y la realización de medidas estrictas de aislamiento y asepsia, el sistema se enfrenta a la dificultad de resolver los casos que implican pacientes pluripatológicos con reiterados ingresos y la resistencia cada vez más alta a los antimicrobianos

INCIDENCIA INFECCIONES DE ORIFICIO EN CATETERES DE HEMODIALISIS

Alonso Garcia-Santamarina, Inés (1), Pañeda Torre, Carlos (1), Suarez Iglesias, Sheila (1), Fernandez Gonzalez, Clara (1), Garcia Gonzalez, Begoña (1), Fernandez Menendez, Ana Yesica (1), Del Valle Fernandez, Marlen (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: PALABRAS CLAVE : SARM, catéter de hemodialisis, orificio de catéte

El acceso vascular de elección para el tratamiento renal sustitutivo es la fistula arteriovenosa interna (FAVI). Sin embargo, cada vez son más los pacientes crónicos con muchas comorbilidades que inician el tratamiento de hemodiálisis, y por tanto se disminuye la posibilidad de realización de una FAVI como primera elección de acceso vascular. En este caso catéter venosos tunelizado(CVT) se convierte en el acceso vascular de elección.

El 25 % de los pacientes en hemodiálisis utilizan este tipo de acceso para realizar el tratamiento. En los CVT ,se forma una película de biofilm en su superficie , siendo un excelente reservorio para los microorganismos. Estos microorganismos son responsable de infecciones locales , cuya migración de la zona externa del catéter conlleva la vía mas común de contaminación para provocar una bacteriemia. El empleo de CVT puede suponer un aumento de la morbimortalidad de estos pacientes debido al riesgo de bacteriemia.

El objetivo de este trabajo es describir la incidencia de infecciones del orificio de CVT en una unidad de hemodiálisis durante el año 2021.

La metodología empleada es un estudio descriptivo retrospectivo realizado en la unidad de hemodiálisis del Hospital Valle de Nalón durante los meses de febrero y marzo de 2022. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes portadores de CVT durante el año 2021.

Como resultados podemos destacar:

En 2021, en nuestra unidad de hemodiálisis el 69% de los pacientes crónicos atendidos eran portadores de CVT, de los cuales el 56% eran hombres y el 43% mujeres, con una edad media de 69 años.

A lo largo del año se realizaron un total de 25 cultivos mediante recogida de muestra por hisopo, de los cuales el 44% obtuvieron resultado positivo, siendo el staphylococcus aureus el principal agente infeccioso, suponiendo el 36,4% de las infecciones.

Así pues, cabe destacar que el 17,4% de los cultivos nasales anuales fueron positivos en staphylococcus aureus resistente a la metilina (SARM), llegando a producir infección

activa del acceso vascular en dos de nuestros pacientes.

Concluimos por tanto la importancia de realizar un buen mantenimiento del acceso vascular de acuerdo a las recomendaciones de las Guías , debido a la alta prevalencia de portadores SARM

PREVALENCIA DE BURNOUT EN MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA TRÁS LA PANDEMIA POR COVID-19

ALONSO LORENZO, JULIO CESAR (1), Boto Pérez, María (2), Carro González, Andrea (2), Martínez Bautista, Beatriz María (3), Velarde Herrera, Desire María (3)

(1) Gerencia Area Sanitaria, (2) CS El Cristo, (3) CS Teatinos (Area IV)

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: burnout, pandemia, atención primaria

Introducción: Las profesiones sanitarias han acusado con frecuencia lo que se según Maslach y Jackson definieron como Síndrome de Burnout, se trata del síndrome del trabajador cansado o “quemado” en su traducción más habitual. Hay estudios que indican que la pandemia por COVID-19 puede haber tenido un alto impacto en la percepción de las condiciones laborales y la fatiga de todo el personal de los servicios sanitarios, incluyendo al personal médico de Atención Primaria. Los principales factores desencadenantes de esta percepción podrían ser el riesgo por exposición al SARS-CoV-2 y el contagio a la familia, la carga de trabajo y las demandas psicoemocionales generadas por pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout (SB) en los médicos de atención primaria (MAP) del Área Sanitaria IV de Asturias, así como su relación con factores sociodemográficos, laborales y los relacionados con las consecuencias de la pandemia por COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron los MAP, incluyendo los servicios de atención continuada, en activo durante el periodo de estudio (agosto de 2021 a enero de 2022). La recogida de datos se realizó a través de un formulario-web que se enviaba a las direcciones de correo recabadas en cada centro de trabajo. La prevalencia de SB se obtuvo a partir de los resultados del instrumento Maslach Burnout Inventory, que se completó con un cuestionario diseñado “ad hoc” para recoger el resto de variables. Se calcularon las prevalencias para cada una de las tres dimensiones del MBI y para el hecho de tener al menos una. Se estudió la relación de ser positivo para alguna dimensión de SB con las variables en estudio. Se realizaron intervalos de confianza y se emplearon ANOVA y Chi cuadrado como test de significación estadística.

Resultados: Se recibieron 105 respuestas (48% estimado de respuesta), 76% eran mujeres (entre los MAP del área es 69%), 39% mayores de 60 años (entre los MAP es 55%). 85,7% (IC 95%: 79,0-92,4) presentó afectación de al menos una dimensión, situación considerada como SB. El 28,6% (IC 95%: 19,9-37,2) presentaban afectación en dos dimensiones y 34,3% (IC 95%: 25,2-43,4) en las tres dimensiones. En los casos con afectación grave (tres dimensiones), ésta se asoció de forma estadísticamente significativa con el grupo de edad, el tipo de contrato, el promedio de pacientes atendidos y con la sensación de sobrecarga de actividades burocráticas.

Conclusiones: Muy elevada prevalencia de SB, casi 9 de cada 10 profesionales se encuentra en esta situación, es un valor superior al de estudios anteriores realizados en Asturias. No parece que la situación actual esté provocada directamente por las consecuencias asistenciales (miedo, estrés u otras) de la pandemia. Parece que el empeoramiento se deriva de las condiciones del trabajo actual, especialmente la insatisfacción por la carga burocrática y el volumen de pacientes a atender, singularmente en el medio urbano.