

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

Incorporar la visión del paciente en la mejora de los sistemas
sanitarios: Un reto a resolver

Tabla de contenidos

1. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN PREDIÁLISIS Y DIÁLISIS: UNA ENCUESTA TRANSVERSAL	4
2. UN TRABAJO EN LA SOMBRA: IMPACTO DE LA GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN LA MEJORA DE LA FACTURACIÓN EN EL ÁREA V	6
3. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DEL GTT EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO	8
4. Gestión del riesgo de identificación en el Hospital Valle del Nalón	10
5. CÓMO INFLUYE EL CONTROL DEL ENTORNO EN LA INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS A LO LARGO DE LOS AÑOS 2021 Y 2022 ...	12
6. IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A USUARIOS EN FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS	14
7. RECETA ELECTRÓNICA: uniendo la Atención Primaria y Hospitalaria	16
8. DESMONTANDO ASTURSALUD	17
9. Visualización gráfica de pacientes con infección por bacterias multirresistentes en un hospital de tercer nivel	19
10. COMPARATIVA DE NUEVOS APÓSITOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.	20
11. RETROSPECTIVA A 5 AÑOS DEL PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS DEL AREA III	22
12. EVOLUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	24
13. PROTOCOLIZANDO INCIDENCIAS: VACUNACIÓN COVID-19	25
14. MEJORA DE LA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE ACTIVIDAD VISUAL BAJA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES	26
15. AUMENTO DE CAUDAL DE OXIGENO EN PLANTAS Y ZONAS DE CRÍTICOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES ...	28
16. MANEJO DE UN “NO” BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANII MULTIRESISTENTE EN UNA PLANTA DE HEMATOLOGÍA	30
17. ACOGIDA A PROFESIONALES 2.0	31
18. ¿Qué valor tiene hacer perfiles en el petitorio de las analíticas?	33
19. NORMALIZANDO LA ASISTENCIA EN PACIENTES CON AISLAMIENTO	34
20. CONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS. OPORTUNIDADES DE MEJORA ...	35
21. MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE BOTIQUINES. “LA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE”.	36
22. ¡¡FUERA CAOS!!: PROYECTO DE MEJORA DEL ALMACEN DE URGENCIAS CON METODOLOGÍA LEAN.	38
23. UN AÑO DE IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEJA TU HUELLA EN LA LUCHA CONTRA EL VIH EN URGENCIAS. LECCIONES APRENDIDAS	40
24. EL VALOR DE LA ESTANDARIZACION DE LOS CARROS Y LAS AYUDAS VISUALES PARA EL PERSONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	42
25. Adecuación del tratamiento antibiótico en ancianos insitucionalizados con sospecha de ITU en la ZBS de Siero-Sariego	43
26. CAR-T. UNA OPORTUNIDAD PARA UNA VISIÓN INTEGRADORA MULTIDISCIPLINAR.	45
27. ¿ Podemos anticiparnos a situaciones de riesgo con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación?	46
28. OPORTUNIDADES DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN VULNERABLE	48
29. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN ASTURIAS DURANTE EL PERIODO 2012-2021	49
30. PROYECTO PILOTO DE REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS CRÓNICOS COMPLEJOS	51
31. ANÁLISIS DE DERIVACIONES Y EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON PACIENTES DE SALUD MENTAL Y PANDEMIA COVID-19	53
32. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y EL TRANSPORTE SANITARIO ¿SOLUCIONARÁ RETOS ASISTENCIALES?	55
33. PROYECTO PILOTO DE DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES, USUARIAS DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN	

AVILÉS.	56
34. DISTRIBUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS DENTRO DEL HOSPITAL: UNA APROXIMACIÓN A LOS DERECHOS AL FINAL DE LA VIDA.	58
35. NUESTROS CIUDADANOS ¿FALLECEN EN EL HOSPITAL O EN EL DOMICILIO? EVOLUCIÓN 2018-2022.	59
36. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL NÚMERO DE INSTRUCCIONES PREVIAS(IPS) REGISTRADAS EN LOS CONCEJOS DE ASTURIAS.	60
37. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: ENTRENANDO Y APRENDIENDO... ¡EVERYWHERE!	62
38. Requisitos Técnicos -Implantación de la Norma UNE - EN ISO 15189 en un Servicio de Microbiología	64
39. Salud Mental y uso de psicofármacos: ¿Qué opinan los profesionales?	66
40. COMPARTIENDO LA VISIÓN DEL PACIENTE DESDE LA SOMBRA	67
41. PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	68
42. ALGORITMOS, TECNOLOGÍA E IMAGINACIÓN	70
43. Requisitos de Gestión-Implantación de la Norma UNE - EN ISO 15189 en un Servicio de Microbiología	72
44. ¿NOS PODEMOS ACERCAR A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DESDE EL ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES?	74
45. CALIDAD EN EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL	75
46. DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE INICIATIVAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN EL ÁREA SANITARIA IV	77
47. LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA SANITARIA IV	79

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN PREDIÁLISIS Y DIÁLISIS: UNA ENCUESTA TRANSVERSAL

Fernández Díaz, Reyes (1); Cifuentes Rivera, Begoña (1); López Sierra, Emilia Margarita (1); Pablos de Pablos, Monserrat (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Identificador: 11988

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: experiencia del paciente, atención dirigida al paciente, diálisis renal, IEXPAC, enfermedad crónica.

INTRODUCCIÓN

La integración de la experiencia del paciente en las organizaciones sanitarias irrumpe en los últimos años como un elemento clave para mejorar la calidad de la atención¹. Los pacientes que comunican una buena experiencia asistencial tienen niveles más elevados de adherencia terapéutica, mejores resultados en salud y menos ingresos hospitalarios², de ahí la importancia de capturar la experiencia del paciente con el Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico (IEXPAC), que incorpora un enfoque centrado en el paciente y una orientación hacia la mejora de resultados clínicos^{3,4}.

OBJETIVO

Evaluar la experiencia del paciente renal respecto a la atención recibida con el fin de detectar áreas de mejora asistencial.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, entre febrero y abril de 2022, en el Servicio de Nefrología del Hospital de Cabueñes. Población de estudio: pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) estadio III a V, atendidos en la consulta ERCA o sometidos a hemodiálisis (HD), con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo, alteración psiquiátrica y negativa a participar. Se administró el cuestionario IEXPAC, 15 ítems que puntuaban de 0 (peor) a 10 (mejor experiencia) y que, midió 3 factores: interacciones productivas-IP (relación del paciente con los profesionales), autogestión del paciente-AGP (capacidad del paciente para gestionar su cuidado) y nuevo modelo relacional-NMR (nuevas formas no presenciales de interacción del paciente con el sistema sanitario u con otros pacientes). La participación fue voluntaria y anónima, previo consentimiento verbal de los pacientes. Los datos se analizaron con el software R y se asumió valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Obtuvimos 76 encuestas, la muestra final conformó 26 pacientes de HD y 50 de ERCA con una edad de 72 ± 11 años, el 59% fueron varones. La puntuación del cuestionario fue de $6,7 \pm 1,4$ puntos, siendo el puntaje más alto para IP ($9,0 \pm 1,4$ puntos) y AGP ($7,8 \pm 1,8$ puntos) que para el NMR ($1,9 \pm 2,0$ puntos). Los apartados mejor puntuados fueron los relacionados con el bienestar, la atención coordinada interprofesional, el respeto al estilo de vida y el seguimiento del tratamiento ($p = 0,768$). Los pacientes de ERCA comunicaron mejor autogestión respecto a corresponsabilidad y autocuidado con su enfermedad que los de HD ($p = 0,01$). La peor experiencia (mayor en HD) se manifestó en el uso de nuevas tecnologías e interacción con otros pacientes ($p = 0,03$), así como en la atención continuada al alta tras un ingreso o en la coordinación con atención primaria o servicios sociales ($p = 0,015$).

CONCLUSIONES

La experiencia asistencial de los pacientes fue positiva en la interacción con los profesionales y en la gestión del autocuidado, pero se detectaron áreas de mejora en el uso de tecnología digital, compartir experiencias con iguales, y en el seguimiento de la salud tras un episodio agudo.

Referencias

- ¹ Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- ² Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3):201-3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- ³ Equipo IEMAC. IEXPAC. Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico [consultado: 10 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.iexpac.org/iexpac>
- ⁴ Mira JJ, Nuño-Solinis R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2443>

UN TRABAJO EN LA SOMBRA: IMPACTO DE LA GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN LA MEJORA DE LA FACTURACIÓN EN EL ÁREA V

Colomo Fernández, Jesús (1); Martínez López, María Elena (2); Carbajales Álvarez, María Carmen (2); Castaño Rodríguez, María Victoria (2); García Lana, Antonio (2); Tamayo Canillas, María Luisa (2); Peinado Abarrio, Eduardo (3)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES, (2) Hospital Universitario de Cabueñes, (3) Soporte SELENE Asturias

Identificador: 12006

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: gestión historia clínica identificación segura facturación

Introducción: La implantación del Sistema de información Asistencial Integrado (SIAI) del Servicio de Salud (SESPA) y la creación del Servicio de Atención al Ciudadano (SAC) marcaron el objetivo de la correcta identificación de cada paciente del Área en la Base Unificada de Pacientes del SESPA. La integración de la facturación a terceros en el SAC, ha propiciado la generación de sinergias, el uso de productos de la Gestión de Historia Clínica (GHC) y, como resultado, el incremento del importe cobrado por el Área V.

Objetivos: Visibilizar el trabajo en la GHC del Área V en el mantenimiento de los datos de pacientes, demostrando su relación con el incremento de la facturación a terceros.

Métodos: En 2018 se mejoraron los accesos a HCE SELENE, OMI-AP (actualmente ECAP), SIPRES y a la consulta de Asistencia Sanitaria de la TGSS del personal de GHC y Facturación.

Se formó en la estructura del SIAI, en el funcionamiento de la HRS y de su gestor HUP, explotando sus automatismos y formulando procedimientos escritos sobre identificación segura, modificación de datos básicos y solución de duplicidades. Aplicándolo a Facturación, se utilizó un producto de GHC, modificando la financiación de actos clínicos de pacientes con distinto aseguramiento sanitario.

Se amplió el acceso a consultas SIPRES para el personal de Admisión.

Se actualizaron documentos de facturación, tanto en el Hospital como en A.Primaria y se iniciaron actividades de formación en C.de Salud, interrumpidas por la pandemia.

Se concienció al personal, sobre todo en Admisión, para la identificación de asistencias facturables por tipo de atención prestada y las de pacientes sin derecho a la asistencia sanitaria pública, utilizando el campo financiación.

Resultados: Desde 2018, en el SAC del Área V, se realizaron:

*10.531 fusiones de duplicados locales y 13.655 fusiones de duplicados HUP

*12.206 cambios de datos básicos, trasladados a SIPRES y subidos a HUP

*4.756 modificaciones de financiación SELENE (de Seg. Social a facturable)

*22.555 pacientes etiquetados como fallecidos administrativamente SELENE, revisando bajas SIPRES por fallecimiento en Asturias.

El importe de lo cobrado a terceros, pasa de 1.783.758,16€ en 2018, a 2.296.887,09 € en 2019, suponiendo un incremento cercano al 30%. La facturación sólo se resiente en 2020, superando en 2021 lo facturado en 2019, por el cobro de PCR realizadas a personal de residencias de mayores.

Discusión / Conclusiones: Se demuestra el valor añadido de la GHC, tanto en la identificación/atención segura del

paciente, como en la garantía del acceso completo e inequívoco a su historia clínica.

El aprovechamiento de las sinergias generadas en el SAC, ha permitido incrementar la facturación a terceros responsables del pago y mantenerla durante la pandemia.

El siguiente objetivo sería conseguir que todas las asistencias prestadas a ciudadanos identificados en SIPRES con otros títulos de asistencia sanitaria, se etiquetasen automáticamente como facturables en SELENE.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DEL GTT EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO

Menéndez Fraga, M^a Dolores (1); Alzu Vizcarro, Marta (1); Ruiz Crespo, Pilar (1); González González, Carmen M^a (1);

Álvarez-Cuervo Suárez, Loreto (1); Vázquez Valdés, Fernando (2)

(1) Hospital Monte Naranco, (2) Hospital Universitario Central de Asturias

Identificador: 12082

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Seguridad de pacientes, notificación, GTT, implementación.

Introducción. La herramienta del Global Trigger Tool (GTT) ha sido usada en los pacientes geriátricos de nuestro hospital en el seguimiento de eventos adversos (EAs).

Objetivos. Como implementar la herramienta del GTT y evaluar los criterios facilitadores y obstáculos en el proceso de implementación del GTT que sirva de modelo para cualquier hospital.

Métodos.

Periodo de estudio: 2007-2023.

Marco: Hospital de 204 camas, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos. Sistema de calidad: certificación ISO 9001:2015.

Recogida de datos: Revisión de las historias electrónicas de forma interna por una enfermera y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías E a I) y se usó una escala Likert para evaluar los EAs prevenibles (puntuación de 3 y 4 en la escala), se consideró un EA prevenible si era evitable por los métodos disponibles actuales a menos que estos no fuesen considerados un estándar de cuidado.

Criterios facilitadores y obstáculos de acuerdo a Brösterhaus M et al. PLOS One.2022; 17:e0272853.

Resultados.

1. Proceso de implementación: Gestión, Formación del equipo, Entrenamiento de los revisores, Proceso de los revisores y Notificación (ya establecido en trabajos previos).

2. Criterios facilitadores y obstáculos: A) Recursos y disponibilidad para gestionar e implementar el GTT (Ítems de nivel de dificultad o retos: 2 de nivel bajo y 3 moderados); B) Disponibilidad de historias clínicas y características de la muestra (Ítems de nivel de dificultad: 3 bajos, 2 moderados, 1 alto); C) Reclutamiento del revisor y capacitación (Ítems de nivel de dificultad: 4 bajos y 1 moderado); D) Procedimiento de recogida de datos e indicadores (Ítems de nivel de dificultad: 3 moderados); E) Implementación del GTT (Ítems de nivel de dificultad: 2 bajos y 1 moderado).

Conclusiones/ Discusión.

1) Facilidad de implementación, 2A) Óptima capacidad de realizar el GTT con la HCE y bajo coste utilizado en la implementación frente a otras herramientas, 2B) El problema inherente a la revisión de historias clínicas y la calidad de la información en la misma, 2C) Destaca la experiencia y la estabilidad en el tiempo de los revisores, 2D) La historia clínica electrónica y la estabilidad de los revisores permite hacer un seguimiento de indicadores sin variabilidad, y 2E) Ha habido un progresivo refinamiento de la herramienta incorporando el IHI Skilled Nursing Facility Trigger Tool que clarifican o complementan las "pistas" del GTT. Los criterios facilitadores y obstáculos permiten evaluar todo el proceso de implementación de la herramienta del GTT. Queda por demostrar, a pesar del tiempo que lleva implantado, el impacto sobre la seguridad del paciente, aunque esto es inherente a otras herramientas.

Referencias

¹ Brösterhaus M et al. PLOS One.2022; 17:e0272853

Gestión del riesgo de identificación en el Hospital Valle del Nalón

Laviana Fernández, María Ángeles (1); Fernández Zapico, Diana (1); Maestre García, Ángeles (1); Alonso Antuña, Tania (1); Fernández González, Bernabé (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Identificador: 12108

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Identificación, riesgo, amfe

INTRODUCCIÓN

La identificación fue la segunda causa de notificación en en 2021 y 2022. Los incidentes requerían de un análisis agregado. Las auditorías externas llevadas a cabo (JCI, GECCAS y autorización de centro)también detectaron diversos hallazgos en este campo. Toda esta información, como entrada al programa de gestión del riesgo del hospital, sitúa la identificación de pacientes como un riesgo prioritario para su abordaje.

OBJETIVOS

1. Analizar las causas del riesgo
2. Identificar y priorizar acciones de mejora para eliminar/minimizar el riesgo
3. Planificar y evaluar implantación

MÉTODOS

Se realizó un AMFE y se identificaron 27 posibles causas para 41 fallos en el proceso de identificación.

La causas más repetidas: “No se pregunta al paciente los identificadores seleccionados por él conocidos antes de intervención, tratamiento, traslado...” y “No está establecida la sistemática de identificación de elemento relacionado con la atención”. Las causas con mayor puntuación: “Intercambio de muestra y resultado” y “No se hace volcado de información a historia clínica a pie de cama”.

Se establecieron 4 acciones de mejora:

- 1 Modificación del procedimiento de identificación (marzo a junio 2023):

Definición de identificación, identificadores, elementos identificadores

Selección de identificadores conocidos por el paciente: nombre, apellidos y fecha de nacimiento

Incorporación de familiares y personas allegadas en la identificación del personas con alteraciones cognitivas

Detallar la gestión de los elementos identificadores en cada ámbito de atención y unificación del término brazalete/pulsera
Identificación de elementos relacionados con la atención: medicación de uso múltiple, dispositivos de tratamiento con oxigenoterapia, cama...

- 2 Abordar la seguridad en la identificación muestras de laboratorio (junio-diciembre 2023)

- 3 Normalizar el pase de visita en hospitalización (enero-junio 2024)

- 4 Difusión de sistemática de registro personas de contacto (noviembre 2023)

RESULTADOS

Se realizó sesión formativa para difundir el procedimiento, auditoría observacional para evaluar la implantación y se recogieron las incidencias de implantación.

El grado de cumplimiento de la gestión de los elementos identificadores y de la identificación de elementos relacionados con la atención superó 90%. El principal área de incumplimiento se relaciona con la información al paciente sobre identificación

y el proceso de consulta de los dos identificadores (1/54 oportunidades).

Se han evaluado los resultados y se han incorporado al procedimiento correcciones.

CONCLUSIONES

La identificación continúa siendo una de las principales causas de inseguridad en la atención. Las acciones de mejora relacionadas con la utilización de elementos identificadores son ampliamente aceptadas y cumplidas.

Necesitamos seguir trabajando la sensibilización de los profesionales con la información al paciente y la importancia del uso de los identificadores conocidos por el paciente en el proceso de identificación.

CÓMO INFLUYE EL CONTROL DEL ENTORNO EN LA INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS A LO LARGO DE LOS AÑOS 2021 Y 2022

López Rodríguez, Sara (1); Martínez González, María del Pilar (1); Rodríguez Sánchez, Sara (1); Álvarez García, Paula (1); Rodríguez Pérez, Lidia (1); Granda Villalobo, Paula (1)

(1) Hospital Valle del Nalón

Identificador: 12144

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: caídas entorno

INTRODUCCIÓN: Importancia de identificar a los pacientes con riesgo de caídas y mantener un entorno seguro como medida fundamental para prevenir y disminuir el número de caídas y su gravedad.

OBJETIVOS: Comparativa de los años 2021 y 2022 respecto al:

- número de pacientes hospitalizados que sufrieron una caída.
- manejo del control del entorno como medida fundamental de prevención y menor gravedad de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

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

3.1. Sujetos: pacientes ingresados en el Hospital Valle del Nalón durante los años 2021 y 2022.

3.3. Variables:

- % de pacientes identificados con riesgo de caídas según factores intrínsecos/extrínsecos.
- % de camas bajadas y frenadas.
- % de pacientes con riesgo de caídas y pictograma en la habitación.
- barandillas levantadas.
- correcta iluminación de la habitación (óculo entrada y luz rasante).
- % de pacientes contenidos.

3.4. Instrumentos de medida:

- registro de control del entorno mensual en unidades de hospitalización.
- registro en formulario de caídas (registro de caídas y revaloración).

RESULTADOS:

- Pacientes ingresados con riesgo de caídas: 82% en 2021 y 85,3% en 2022.
- el % de caídas en 2021 del 1,37% y en 2022 del 1.6%.
- Según el tipo de caída:

* sin lesión en 2021 versus 2022: 68%- 59.5%.

* contusión 22.68%- 17.2%.

* erosión 4.1-12%.

* herida 7.21%-5.17%.

* fractura 2%-0%.

Respecto al control del entorno:

* % camas frenadas 100% en 2022 frente a 99,65% en 2021.

* % de camas bajadas: 94,08% en 2021 frente a 93,87% en 2022.

* % de pacientes con riesgo de caídas y pictograma en la habitación: en 2021 un 53,14% frente al 65,5% en 2022.

* % de barandillas levantadas en 2021 fue 39,57% y en 2022 del 49,58%.

* 94,8% de habitaciones con la iluminación óptima en 2021 y 96,04% en 2022.

* 3,26% de pacientes contenidos en 2021 frente a un 3,75% en 2022.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

El número de caídas ha aumentado en 2022 un 0.3%. En el tiempo analizado, el registro de la revaloración de la caída ha sufrido un cambio. Se revalora al paciente después de la caída mediante una nueva toma del formulario donde debemos modificar el motivo de apertura pasando a registrar "completar información". Esto nos hace dudar si realmente ha existido un aumento de las caídas o se debe a un registro erróneo.

El resto de indicadores, excepto cama bajada, mejoran en el año 2022. Esto implica mayor colaboración de los profesionales en mantener un entorno seguro para la prevención de las caídas y mejorar la calidad asistencial.

La dotación de camas con señal acústica para indicar que no están frenadas, ha supuesto una gran mejora. Debemos trabajar el nivel de la cama del paciente, para situarse a la altura de sus rodillas, como indican las guías.

Debemos mantener la formación de profesionales de cualquier categoría, que intervienen de una u otra forma, en la atención de pacientes hospitalizados, en precauciones universales de prevención.

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A USUARIOS EN FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS

García Santos, Natalia (1)

(1) Fundación Hospital de Avilés

Identificador: 12186

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Introducción

Satisfacer las expectativas y necesidades del paciente está considerado como un indicador básico de la calidad asistencial y se asocia a mejores resultados en salud.

Su medición permite conocer las percepciones del paciente, ponderar los puntos fuertes e identificar oportunidades de mejora.

En Fundación Hospital de Avilés, hemos implantado un sistema de encuestas de satisfacción que además realiza análisis de datos y emisión de informes segmentados o globales.

Objetivos

Disponer de una herramienta que permita a los usuarios expresar su opinión sobre la atención recibida.

Poner en valor la opinión de los usuarios y mejorar la calidad asistencial del centro con la incorporación de las aportaciones de los pacientes y familiares.

Establecer medidas correctivas.

Motivar al personal.

Métodos

La implantación en el Hospital realiza a través de la empresa Rate Now. Sumándonos a la iniciativa "Gracias por Cuidarnos", el centro realiza un pilotaje del formato de valoración de satisfacción de usuarios mediante un sistema de encuestas.

Diseñamos cuatro modelos de encuesta para los distintos ámbitos de atención dentro de nuestro hospital (CMA, Hospitalización, Consultas Externas y Pruebas Diagnósticas).

La vía de recepción sería SMS para pacientes de Hospitalización y CMA y Terminales físicos en el área de Consultas y Pruebas Diagnósticas.

El análisis y exportación de datos se realiza a través de la plataforma "Analytics 2.0". Desde la Unidad de Calidad se realiza un informe mensual por servicio y se envía a los responsables con el fin de retroalimentar al personal implicado.

La implantación del sistema ha cursado con diferentes dificultades: formatos de archivo, SMS no recibidos, instalaciones de toma de corriente adicionales en las zonas de localización de los terminales... Todo ello supuso la implementación de acciones correctivas in situ que retrasaron el desarrollo del proyecto.

Resultados

Los resultados obtenidos son satisfactorios puesto que se han cumplido todos los objetivos. Aún disponemos de un amplio abanico de mejora, el nivel de respuesta ha sido de aproximadamente un tercio de los pacientes atendidos. Lo que más nos ha sorprendido es la participación en formato de texto libre.

Los usuarios están satisfechos con la atención recibida especialmente en el ámbito de CMA con un 97,4% y en Hospitalización con un 95,8% de valoraciones positivas y muy positivas.

Como estrategia de Benchmarking, la herramienta te permite compararte con el resto de instituciones auditadas con RateNow, obteniéndose un NPS (Net Promoter Score) superior a la media.

El personal recibe retroalimentación de la atención prestada y está motivado con los resultados mensuales.

Conclusiones/Discusión

La medición de la experiencia del paciente es un elemento clave para la prestación de cuidados de calidad, centrados en el paciente, que afecta a las tres esferas: pacientes, profesionales y organización.

RECETA ELECTRÓNICA: uniendo la Atención Primaria y Hospitalaria

Abad Requejo, Pedro (1); Gómez de Segura Iriarte, Leticia (2); Díaz Pérez, Sonia (3)

(1) HOA y Consejería de Salud, (2) Consejería de Salud, (3) SSCC SESPA

Identificador: 12188

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Receta Electrónica, Recetas crónicas, interoperabilidad,

- Introducción: La Receta Electrónica (RE) es un recurso informático a disposición de los profesionales de Atención Primaria (AP) y desde Mayo de 2020 de los profesionales Hospitalarios con la particularidad de que estos solo podían hacer recetas agudas, es decir hasta 90 días.

- Objetivos: En los últimos años, la sobrecarga asistencial de los profesionales de AP obligó a considerar opciones de mejora y nuevos desarrollos de la herramienta de RE en los hospitales, de manera que se puedan prescribir recetas crónicas y A demanda. Además el módulo de RE en SELENE incorpora mejoras para favorecer el uso y su integración con la hoja de prescripción hospitalaria: avisos, botones de búsqueda diferenciada por marca comercial, principio activo, agrupaciones, fármacos, productos sanitarios, fórmulas magistrales, no financiados o extranjeros. También ayudas funcionales como la integración de la Gestión de Visado, Historial de Dispensaciones, Plantillas, Favoritos, Conciliación terapéutica al ingreso y al alta.

- Método: en el último trimestre de 2022 se implantó en todos los centros una ampliación del Módulo de RE que permite crear recetas crónicas y a demanda, completamente integrado con la RE de AP. Se dio formación específica "on line" por TEAMS.

- Resultados: Desde Enero de 2023 se aprecia un incremento progresivo en el uso de la Receta Electrónica Crónica por parte de los hospitales, alcanzando el 16 % de todas las recetas crónicas en los 3 primeros meses del año. Este incremento es variable entre los centros, destacando las Areas 4 y 6 por ser los centros en los que primero se implantó, si bien en los meses de febrero y marzo el incremento es mayor en Áreas como la 3 o la 8. En todo caso este incremento se debe a la implicación de los profesionales sin duda.

Por especialidad, Salud Mental es la especialidad más destacada siguiéndole de cerca Medicina Interna como especialidad de referencia en pacientes crónicos complejos junto con Neurología, Cardiología, Neumología y Endocrinología como especialidades con mayor número de prescripciones a pacientes crónicos.

- Conclusiones / Discusión:

- La Receta Electrónica es una de las herramientas informáticas más importantes en nuestro trabajo diario junto con la Historia Clínica Electrónica. En Asturias, la RE es única e interoperable con el resto de las Comunidades Autónomas y próximamente existirá interoperabilidad con Europa. Además, recientemente se ha integrado en Mi Astursalud, nuestra carpeta de salud, aportando una nueva manera de relacionarnos con el paciente y de facilitarle información respecto de sus tratamientos activos.

- La implantación del módulo de Receta Crónica y A demanda en hospitales está consiguiendo reducir el número de usuarios que acuden a Atención Primaria para obtener una receta crónica de un tratamiento ya prescrito. Por otra parte, al estar integrada con la HCE en la mayor parte de los hospitales (SELENE) facilita sinergias en el uso y mejoras para el paciente y el profesional.

Referencias

¹ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011, capítulo II artículo 3 apartado 4 Consultado el 9 de septiembre de 2014. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-1013.

² [14:19] Leticia Gomez De Segura Iriarte Añel Rodríguez RM, García Alfaro I, Bravo Toledo R, Carballeira Rodríguez JD. Historia clínica y receta electrónica: riesgos y beneficios detectados desde su implantación. Aten Primaria. 2021 Dec; 53(Suppl 1): 102220.

DESMONTANDO ASTURSALUD

Lafuente Robledo, Esther (1); Rodríguez Cimadevilla, Milagros (2); Gontán Menéndez, Camino (3); Mantilla Gómez, Fernando (4)

(1) D.G. de calidad, transformación y gestión del conocimiento. Consejería de Salud, (2) Consejería de Salud, (3) D.G. de Salud Pública - Consejería de Salud, (4) D.G. de Calidad, transformación y gestión del conocimiento

Identificador: 12205

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: astursalud, web salud, health literacy, servicios electrónicos, alfabetización digital, información para la salud

· Introducción

La participación ciudadana en el desarrollo de servicios electrónicos y la implantación de tecnologías que afecten a los procesos de interacción con la administración ha de ser una prioridad para los gestores públicos en todos los ámbitos, especialmente, el de la salud.

Es imprescindible que la ciudadanía participe activamente en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados con la salud y el bienestar de la comunidad de forma que las políticas públicas y la implantación de nuevos servicios y programas satisfagan las necesidades de la población y promuevan un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y el desarrollo de una cultura de responsabilidad compartida en materia de salud.

· Objetivos

Disponer de información, cualitativa, que permita reorientar contenidos en Astursalud, atendiendo a las necesidades de ciudadanía y profesionales, haciéndola más accesible, intuitiva y concisa. Redefiniendo Astursalud como canal de comunicación pasando de un modelo centrado en la generación de contenidos basados en la organización, hacia un modelo basado en las necesidades del usuario-tipo del portal.

· Métodos

En abril de 2022 se lanzó una encuesta a través del portal y las RRSS de Astursalud. Se obtuvieron un total de 336 respuestas. Se realizó un análisis descriptivo - cualitativo de los resultados, sin significación estadística.

· Resultados

Usuaría-tipo: Mujer de entre 45 y 54 años, trabajadora por cuenta ajena, con buenas habilidades tecnológicas autopercibidas, que prefiere el móvil o el PC para navegar por la red y resolver trámites en línea, a la que el portal ofrece poco contenido respecto del buscado, lo visita una o más veces al mes, opina que hay demasiada información y es confusa, consulta la información navegando a través de él, aunque preferiría que se pudiera encontrar a través de cualquier medio electrónico; encuentra la información que busca algunas veces y le gustaría poder contar con un chat en línea como ayuda a la navegación. Los temas que más le interesan son el acceso a cita previa; a la Historia clínica electrónica e información sobre coronavirus.

En conjunto, lo más citado es cita previa, seguido por el acceso a HCE, tarjeta sanitaria, coronavirus; quejas, reclamaciones y sugerencias y tramitación de consultas y reclamaciones de consumo.

· Conclusiones / Discusión.

- Astursalud un buen canal de doble comunicación.
- Ciudadanía y Profesionales demandan servicios en línea que, o bien no están disponibles, o, si lo están, no son accesibles fácilmente
- La autopercepción del manejo de las tecnologías es buena

- Plantear un cambio de contenidos y estructura del portal de manera que se ajustase más la oferta de servicios e información, a la demanda
- El portal es un canal de comunicación con gran potencial que debería de utilizarse más para la divulgación de activos en salud y mejorar la “alfabetización” en salud de la población

Visualización gráfica de pacientes con infección por bacterias multirresistentes en un hospital de tercer nivel

*Jimeno Demuth, Francisco José (1); Carretero Ares, José Luis (2); Solís González, Luis (2); Alonso Fernández, Elsa (2);
González Iglesias, Ana Belén (2); Mateos Mazón, Marta (2)*

(1) HUCA / CS Corredoria, (2) HUCA

Identificador: 12214

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Bacterias multirresistentes, mapa de camas, informática, historia clínica electrónica

Las infecciones causadas por bacterias resistentes a antibióticos en todo el mundo matan a 1,2 millones de personas al año, más que el SIDA, la malaria y algunos tumores de vías respiratorias, llegando a infectar a casi cinco millones de personas que murieron en hospitales por otras causas, según los datos de un estudio que lleva años en marcha, y que amenaza con convertirse en una pandemia mayor que la COVID.

En los últimos años el avance en el uso de sistemas de información en el ámbito de salud ha ido en aumento. La facilidad de obtención y gestión de los datos permite conocer la situación de los enfermos de un hospital en cualquier momento, incluso en tiempo real.

Aprovechando las funcionalidades de la aplicación de Historia clínica electrónica Millennium® de Oracle® que permite configurar un entorno gráfico de visualización de datos, y el problema planteado anteriormente, hemos realizado una aplicación en la que se muestran de forma gráfica datos de pacientes que presentan infección por gérmenes multiresistentes en forma de mapa de camas dentro de diferentes ámbitos del mismo (Hospitalización, UCI). Esta visualización nos permite detectar y visualizar la situación en tiempo real de nuestro hospital, incluidos nuevos aislamientos de las últimas 24 horas, tipos de infección según un código de colores, y una etiqueta con los datos más relevantes de los pacientes, de la infección y del tipo de aislamiento.

Se realizó un diseño previo de la aplicación por el Servicio de informática que fue validado por miembros del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, con el propósito de presentar de forma dinámica y visual el mapa de las plantas del hospital, y las UCIs/REAs.

Esta herramienta permite conocer de forma visual e instantánea los pacientes que han sido infectados por gérmenes multiresistentes directamente desde la aplicación de historia clínica electrónica, conocer su estado de aislamiento y su localización en el hospital. Esta aplicación se ha diseñado teniendo en cuenta la posibilidad de poder ser adaptada para la visualización de cualquier dato que esté registrado en la historia clínica electrónica de manera que sea flexible y se pueda adaptar a otros tipos de datos que puedan ser de interés.

COMPARATIVA DE NUEVOS APÓSITOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.

Orviz Menéndez, Angela (1); del Valle Fernández, Marlen (1); Pañeda Torre, Carlos (1); Fernández Menéndez, Ana Yésica (2)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital Valle del Nalón

Identificador: 12231

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Palabras clave: Seguridad, Apósito, Hemodiálisis, Asepsia.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes de hemodiálisis portadores de un catéter permanente deben utilizar un apósito de fijación con unas prestaciones que permitan la mínima manipulación posible durante al menos siete días.

Se trata de un acceso vascular central con un carácter especial ya que son pacientes que no se encuentran en el medio hospitalario por lo que además de funcionalidad deben aportar comodidad.

Como en cualquier acceso vascular, el apósito debe ser fiable, tener una adherencia adecuada, proporcionar aislamiento del punto de inserción y no irritar la piel.

En la unidad se realiza el cambio de apósito cada siete días, el primer día de sesión de la semana. Es un procedimiento aséptico en el que se realiza una limpieza y valoración del punto de inserción.

OBJETIVO

Comparar la eficacia de dos apósitos distintos con gel de clorhexidina en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Valle del Nalón.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo. El apósito 1 se monitoriza en julio y el apósito 2 en octubre del 2022.

Previo a la realización del estudio, se lleva a cabo una comprobación del estado de la zona de inserción en la semana anterior, que permite comparar los cambios producidos posteriormente.

Se proporciona material informativo a los profesionales sobre las características y manejo de los apósitos, y se entregan las instrucciones para la recogida de datos.

RESULTADOS

En la primera monitorización con el apósito 1 se contaba con una muestra de 19 pacientes. Antes de su introducción, 17 pacientes portaban apósito de vía transparente, 1 de gasa y 1 de gasa más apósito oclusivo tras intervención para colocación de catéter permanente.

Se realizan registros en cada cambio de apósito. Solo a un paciente se le tuvo que realizar el cambio de apósito antes por prurito y poca adhesión. Ninguno presentó signos de infección y solo 1 irritación cutánea.

Finalmente, los profesionales de enfermería valoran este nuevo apósito en 47,36% como mejor, en 47,36% como igual y en 5,26% como peor.

En la segunda monitorización con el apósito 2 la muestra total era de 22 pacientes. Antes de su introducción, 4 catéteres estaban fijados con apósito de gasa y el resto con apósito transparente.

Se registra que ninguno sufre reacción alérgica, 3 presentan irritación cutánea, 1 secreción del orificio realizándole un cultivo que resultó negativo y 5 poca adherencia del apósito realizándose cambio del mismo en cada sesión.

La valoración final de este apósito por parte de los profesionales es del 63,63% como igual al utilizado anteriormente, del 18,18% mejor y del 18,18% peor.

CONCLUSIONES

El apósito 1 el gel de clorhexidina no permite apreciar bien el estado del punto de inserción porque es translucido, algo que no ocurre en el apósito 2.

Ambos permiten una buena colación gracias al formato que presentan sin embargo el apósito 2 tiene una adherencia escasa.

No hay diferencias sustanciales entre los nuevos apósitos y los utilizados habitualmente con respecto a la irritación cutánea causada.

RETROSPECTIVA A 5 AÑOS DEL PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS DEL AREA III

SALMERÓN ALVAREZ, MARIA MERCEDES (1); Salmerón Alvarez, María Mercedes (1); Alonso González, Laura (1); Torres Aguilar, Gema (1); González Alonso, Ana Isabel (2); Méndez Infiesta, Elena (1); Prieto Lorenzo, Amparo (1)

(1) HUSA, (2) Centro de Salud Severo Ochoa

Identificador: 12233

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Palabras clave: Valoración Geriátrica Integral Índice Frágil- Vig Fragilidad

Introducción

En febrero de 2018 se implanta en el Área III un Plan de Mejora de la Atención Sanitaria a personas que viven en centros residenciales. Al frente de este proyecto está una Enfermera Gestora de Casos y una Geriatra que atienden a los pacientes distribuidos en 6 residencias del Área, desde Cudillero a Avilés.

Objetivos

1. Obtener una visión panorámica ("foto") de los residentes del Area III
2. Elaborar un plan de cuidados individualizado que incluya ajuste terapéutico, rehabilitación funcional ¹y otras medidas consensuadas con el paciente y su familia, como por ejemplo evitar traslados al HUSA en situación de final de vida.

Método

Se evalúan 491 residentes desde mayo del 18 hasta diciembre del 2022

La geriatra realiza la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en la residencia elaborando un informe médico que incluye el grado de fragilidad (Índice Frágil-VIG)² lo que permite realizar el diagnóstico situacional y graduar la intensidad terapéutica

La enfermera Gestora de Casos hace seguimiento de los residentes cuando ingresan en el Hospital y se coordina con la residencia al alta

Resultados

- Se valoran 491 residentes: 142 hombres y 349 mujeres
- Edad media: 85 años
- Fragilidad: 20 robustos;91 fragilidad leve; 218 fragilidad moderada; 162 fragilidad avanzada. Son frágiles 471 residentes (96%) siendo el síndrome geriátrico más prevalente
- Capacidad funcional: Tienen una incapacidad funcional total 251 residentes (Barthel \leq 20), 90 moderada-grave; 95 leve-moderada y 55 residentes no presentan incapacidad funcional. El 89 % tienen algún grado de Incapacidad funcional.
- Deterioro Cognitivo: Presentan un deterioro cognitivo grave/muy grave (GDS \geq 6) 223 residentes, 158 tienen un deterioro leve-moderado y 109 no presentan deterioro cognitivo. El 78 % de los pacientes tiene algún grado de deterioro cognitivo
- Polifarmacia: Consumo de 5 o más fármacos: 372 residentes. Con una media de consumo por residente de 7,2 fármacos. Realizamos ajuste terapéutico en 373 residentes atendiendo a Criterios Stopp-Start.³
- Otros Síndromes Geriátricos: Depresión 352 ; Síndrome Confusional: 199; Disfagia: 141; Caídas: 100;
- Enfermedades crónicas: las más prevalentes son las neurológicas: 304 seguidas de las cardiológicas crónicas: 184, en tercerlugar las enfermedades renales crónicas: 154.

Conclusiones

1. Las personas mayores que viven en residencias poseen un alto grado de complejidad clínica, comorbilidad y síndromes geriátricos siendo la fragilidad el más prevalente.
2. Es fundamental la colaboración entre los profesionales que trabajan en las residencias y los servicios sanitarios para evitar la fragmentación de la asistencia en las transiciones Hospital-Residencia y viceversa. El acceso a un sistema informático compartido, y personal fijo de referencia son claves
3. Es preciso implementar equipos de geriatría para efectuar ajustes terapéuticos en consonancia con la trayectoria vital del residente y evitar derivaciones innecesarias

Referencias

- ¹ Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad; 2014
- ² Amblás-Novellas J, et al. Índice frágil-Vig: Diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016. Disponible en, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>
- ³ Delgado Silveira et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los Criterios STOPP/START. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44 (5):273-279

EVOLUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Benito Santos, Raquel (1); Martín Navarro, Jorge (1); Alonso, Julio César (2); Mateos Mazón, Marta (1); Martínez Suárez, Mar (1)

(1) HUCA, (2) Gerencia de Atención Primaria

Identificador: 12241

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Introducción: Los gérmenes multirresistentes representan un importante problema sanitario, las infecciones causadas estos patógenos se han vinculado a peores resultados asistenciales, especialmente una mayor mortalidad.

Objetivo: Describir la evolución de los episodios de aislamientos por gérmenes multirresistentes en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) desde el 2011 hasta el 2021.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo basado en los registros de todos los pacientes a los que se aplicaron precauciones de contacto por gérmenes multirresistentes del HUCA entre 2011 y 2021. Se calculó la incidencia acumulada y la densidad de incidencia anuales de los aislamientos. Se analizaron las variables cualitativas con sus porcentajes y sus intervalos de confianza (IC) al 95 % y las variables cuantitativas con medidas de centralización y dispersión. Se realizó un análisis bivariante por tipo de germen y año a través de la chi cuadrado, que se verificó con un test-posthoc con la función assocstats para las variables año de aislamiento (2016-2021) y tipo de germen. Se calculó el Índice Epidémico (IE) acumulado por tipo de germen respecto al último quinquenio (2016-2021) a nivel general, de medicina interna y de UCI. Se empleó el programa estadístico R.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 64,7 años, 65,6% hombres, la mayoría de las infecciones de origen nosocomial (84,3%) y en ingresos urgentes (69,6%). Se encontró un incremento progresivo de la densidad de incidencia de aislamientos hasta un máximo en 2017 a 2019 y un máximo de la incidencia acumulada en 2017. El tipo de microorganismo más frecuente fue *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (31,8%) y el servicio de ingreso principal Medicina Intensiva (21,8%). En el periodo 2016-2021 se observó un IE superior a 1 de *Pseudomonas aeruginosa* a nivel global (1,35) y en UCI (4,55); de *Clostridium difficile* a nivel global (1,65), de medicina interna (1,47) y de UCI (1,75); de enterobacterias productoras de BLEE a nivel global (1,18) y de UCI (1,47); y de enterobacterias productoras de carbapenemasa en UCI (1,18). Se observó un incremento de la proporción de aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa* (4,49 % a 11,6%), *Clostridium difficile* (4,21% a 8,21%) y otros MMR (27,95% a 38,09%), así como una disminución de enterobacterias productoras de BLEE y carbapenemasa (13,29% a 7,05%) y de *Acinetobacter Baumannii* (13,29% a 0,58%).

Conclusiones: La incidencia acumulada y la densidad de incidencia de aislamientos de pacientes por microorganismos multirresistentes se ha visto incrementada a lo largo de los últimos años en el HUCA existiendo un máximo en los años 2017 a 2019 y después una detención en el crecimiento en 2020 y 2021, a pesar de los esfuerzos realizados para frenar el aumento de las multirresistencias. Se ha producido un cambio en los patrón microbiológico de los microorganismos más frecuentemente aislados los últimos años tanto a nivel global como local.

PROTOCOLIZANDO INCIDENCIAS: VACUNACIÓN COVID-19

Paniagua Alcaraz, Cristina (1); Alonso González, Laura (1); Del Rivero Solares, Raquel (1); Checa Gil, María (1); Cernuda García, María Del Valle (1); Monteserín Rodríguez, Ángeles (1); Méndez Menéndez, Natalia (2)

(1) Hospital Universitario San Agustín, (2) Gerencia AP Área Sanitaria IV

Identificador: 12242

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Protocolos Incidencias Vacunación COVID-19 Atención al paciente

Introducción. El 27/12/2020 se inició en España la vacunación frente a COVID-19 priorizando a la población según vulnerabilidad, grado de exposición y franjas de edad. Entre diciembre 2020 y diciembre 2022 se han publicado más de 11 actualizaciones de la Estrategia de vacunación frente a COVID-19, que reflejan el avance del conocimiento y los cambios contextuales de la pandemia. En este sentido, tanto el Ministerio como las CC.AA. y las Áreas Sanitarias, han sumado esfuerzos para ofrecer a los ciudadanos información sobre la vacunación con contenidos oficiales accesibles. Algunos usuarios han presentado incidencias que han requerido una respuesta individualizada y protocolizada.

Objetivos. Normalizar las actuaciones en la atención al paciente, que presenta incidencias sobre la vacunación frente a COVID-19, mediante la elaboración de un informe de respuesta protocolizado y personalizado.

Métodos. Desde junio 2021 hasta octubre 2022 un equipo multidisciplinar de profesionales: Facultativo Especialista de Área (FEA) del Servicio de Medicina Preventiva (FEA-SMPR), Administrativos del Servicio Atención Ciudadano (ADM-SAC) y Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) han elaborado e implementado el circuito. Pacientes de todo el Área Sanitaria enviaban las incidencias a los ADM-SAC o a las EGC, por vía telefónica o correo electrónico. La FEA-SMPR recibía las incidencias, revisaba las patologías, tratamiento, alergias y vacunación COVID-19 de cada paciente, clasificando las incidencias, ajustando cada indicación a las actualizaciones de vacunación nacionales y autonómicas publicadas por el Ministerio de Sanidad y Astursalud. Los informes se remitían nuevamente a cada paciente por el mismo circuito, gestionando la recomendación propuesta.

Resultados. Se realizaron 211 informes protocolizados y clasificados por incidencias: 146 pacientes solicitaron recibir 1 dosis adicional, 77 personas eran de muy alto riesgo (grupo G7) por lo que se indicó vacunación en ese momento; 41 pacientes consultaron por posibles reacciones anafilácticas solicitando un cambio de marca de vacuna, 11 fueron diagnosticados de alergia a algún componente de las vacunas COVID-19, y 3 presentaron contraindicación absoluta a cualquier vacuna COVID-19; 8 pacientes pidieron adelantar la fecha administración de dosis adicional; 6 embarazadas tenían dudas sobre la vacunación; 4 pacientes consultaron por antecedentes de enfermedad pasada COVID-19; 3 pacientes habían recibido vacunas no autorizadas por la Agencia Europea de Medicamentos; y 3 pacientes decidieron rechazar la vacuna.

Conclusiones. Para protocolizar la atención al usuario es preciso incorporar circuitos de comunicación que sean claros y conocidos por todos los implicados; que las respuestas a las incidencias se basen en la mejor evidencia disponible, y se acerque la toma de decisiones al paciente. La incorporación de la visión del usuario es fundamental para alcanzar la utilidad y calidad de los protocolos.

MEJORA DE LA ILUMINACIÓN EN ZONAS DE ACTIVIDAD VISUAL BAJA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Alonso Guerra, Javier (1); Martín Garrido, Antonio (1); Méndez Rodríguez, José Ángel Méndez Rodríguez (1); Cobo Álvarez, Antonio (1); Fernández Blanco, Marta Isabel (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes

Identificador: 12284

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Ahorro energético, Huella de carbono, Eficiencia, Amortización

El Servicio de Ingeniería y Mantenimiento conocedor de las exigencias que nos imponen la mejora de la eficiencia energética y la utilización más eficiente de la electricidad que contribuye a lograr los objetivos de reducción de la emisión de gases de efecto invernadero, empezamos a trabajar en una estrategia encaminada a la incorporación a nuestras instalaciones de luminarias con tecnología LED

A la vista de los incrementos de consumos de nuevos equipos en nuestro hospital y considerando el continuo incremento de los precios de la energía es necesario racionalizar el consumo eléctrico e incorporar a nuestras instalaciones equipos más eficientes

OBJETIVOS

Dotar a nuestras instalaciones de luminarias de mayor eficiencia energética

Determinar espacios adonde se realizara las intervenciones

Reducir el consumo eléctrico y por ende la huella de CO2

Definir las características y tipos de luminarias

Cumplir con las recomendaciones de calidad y confort visual

Analizar resultados

MATERIAL Y MÉTODOS

Reuniones de equipo para revisar normativas vigentes

Estudiar situación actual, acciones y procedimientos orientadas al desarrollo de la mejora

Recogida de datos y su análisis

Entrevistar a fabricantes y proveedores

Diseñar estrategias y objetivos que se van a realizar

Estudiar alternativas, tomar decisiones y presentación del proyecto al equipo directivo

Presentar proyecto a los profesionales implicados en su ejecución

Ejecutada la instalación, se verificara el correcto funcionamiento, el cumplimiento de las características de las instalaciones y materiales instalados

Control de Calidad de instalaciones en los siguientes ámbitos: materiales, equipos, montaje, pruebas y puestas en marcha

RESULTADOS

Se cambiaron 1725 luminarias

El gasto ascendió a 38319,16€, asumiendo el equipo de profesionales de mantenimiento su sustitución

La potencia retirada fue 70692W, la potencia instalada 31957W

La rebaja en el consumo energético se estima superior al 57%

El ahorro en la factura eléctrica ascendió a 13445,34KWh mensuales

El impacto ambiental o huella de carbono asciende a 24008,25Kg de CO2 que hemos dejado de emitir en un año

Las reuniones y entrevistas realizadas para implementar lograron los objetivos propuestos

La comprobación del correcto funcionamiento, cumplimiento de las características de las instalaciones y de los materiales fue satisfactoria.

El Control de Calidad realizado a los materiales, equipos, montajes, pruebas y puestas en marcha de las instalaciones, cumplieron los estándares previstos

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La inversión realizada, se justifica desde el punto de vista económico con ahorro importante del consumo energético en factura eléctrica y potencia contratada y por el impacto sobre el medio ambiente con una disminución de la huella de carbono

La importante inversión efectuada se amortizara en un periodo inferior a 22 meses

En esta amortización no hemos analizado la vida útil de las lámparas siendo esta como mínimo 5 veces mayor que la más duradera de la lámpara sustituida

Referencias

¹ Guía Técnica de Eficiencia Energética: Hospitales y Centros de Atención Primaria

² Reglamento Electrotécnico para baja Tensión e Instrucciones Complementarias

AUMENTO DE CAUDAL DE OXIGENO EN PLANTAS Y ZONAS DE CRÍTICOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Román Plano, Germán (1); Alonso Guerra, Javier (1); Cobo Álvarez, Antonio (1); Fernández Blanco, Marta Isabel (1)
(1) Hospital Universitario de Cabueñes

Identificador: 12286

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: COVID 19, Oxígeno

INTRODUCCIÓN

El servicio de Ingeniería y Mantenimiento, durante la pandemia COVID-19, sufrimos un fuerte incremento del caudal de Oxígeno (O₂) que demandaban los pacientes ingresados en plantas de hospitalización, UCIS y en las zonas habilitadas para pacientes críticos en Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB)

OBJETIVOS

Dotar a nuestras instalaciones de gases medicinales de la suficiente capacidad para soportar la creciente demanda ocasionada por el COVID19

Determinar los espacios donde se hace indispensable el aumento del suministro asegurando el suministro de oxígeno en todo momento

MÉTODOS Y MATERIAL

Estudiar la situación actual, diseñar las acciones y los procedimientos orientados al para el desarrollo de las mejoras

Entrevistas con proveedores para implementar alternativas más eficientes para el aumento de la capacidad del suministro de O₂

Definir los recursos y materiales necesarios para acometer las mejoras

Diseñar estrategias y los objetivos, para mejoras sin afectar al funcionamiento normal del hospital

Proponer las mejoras orientadas a aumentar la capacidad de suministro en plantas y zonas de críticos y urgencias

Estudiar de las alternativas, toma de decisiones y presentación del proyecto al equipo directivo

Realizar controles de calidad en instalaciones, materiales, equipos, montaje, pruebas y puesta en marcha

Instalación de duchas en gasificadores de la central de gases

Ampliación de una línea desde la central de gases planta -2, hasta el cuadro de colectores más cercano en la misma planta.

Sustitución de los reguladores DCN 500 por reguladores DCN 800

Instalación nueva línea ascendente en la zona de hospitalización, más caudal a las plantas de hospitalización y servicios críticos

RESULTADOS

Gracias a las mejoras realizadas en nuestras instalaciones el caudal máximo de suministro que era de 81m³/h , pudo

elevarse hasta alcanzar 136m³/h, en todo el centro lo que supuso un incremento del 67%

Todas las mejoras se implementaron sin comprometer la fiabilidad del suministro a nuestros pacientes

En cuanto a la zona de hospitalización se pasó de tener un caudal máximo de 68m³/h, a una capacidad de suministro de 129m³/h, consiguiendo un incremento del 89%

El gasto de las mejoras en la instalación ascendió a 14.300€

CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN

La inversión realizada se justifica por la trascendencia que supuso el aumento la demanda de gases medicinales ocasionada por el fuerte incremento de pacientes con patología respiratoria la pandemia que ocasiona la pandemia

Para nuestro centro fue un importante reto por la gran demanda de oxígeno sin precedentes y teniendo en cuenta que nuestra instalación no cuenta con suministro de gases medicinales de alta presión, pudimos hacer la mejora sin alterar el funcionamiento

Agradecer a todo el personal implicado en este proyecto su colaboración, en especial al equipo de mecánicos del servicio de mantenimiento y al equipo técnico de AIR LIQUIDE ya que sin su compromiso y esfuerzo no hubiese sido posible

Referencias

¹ Procedimiento de Gestión de Gases Medicinales (PGGM)

MANEJO DE UN “NO” BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRESISTENTE EN UNA PLANTA DE HEMATOLOGÍA

CARRETERO ARES, JOSÉ LUIS (1); Fernández Domínguez, Javier (1); Jimeno Demuth, Francisco José (1); Solís González, Luis (1); Alonso Fernández, Elsa (1); Mateos Mazón, Marta (1); Martínez Suárez, María del Mar (1)

(1) HUCA

Identificador: 12316

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Acinetobacter, brote, microbiología, bacteria multirresistente

Introducción:

Acinetobacter baumannii es una bacteria Gram-negativa perteneciente al filo Proteobacteria. Constituye una importante fuente de infección en los hospitales especialmente en pacientes inmunodeprimidos o críticos, con una importante ubicuidad en muestras ambientales, siendo muchas cepas de esta especie multirresistentes a los antibióticos.

Objetivos:

El objetivo del presente estudio es describir un “no” brote por este microorganismo en un Servicio de Hematología.

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Central de Asturias.

Resultados:

El Servicio de Medicina Preventiva fue comunicado de una prealerta por parte del Servicio de Microbiología a las 10:00h del día 2 de marzo de 2023, sobre la positividad para *A. baumannii* multirresistente en 8 exudados rectales de control de pacientes atendidos por el Servicio de Hematología, y que habían sido recogidos el día 28 de febrero. Se barajaron dos posibilidades; la existencia de un brote, o bien la existencia de una contaminación muestral-ambiental que se hubiera extendido por los exudados analizados.

Ante la primera hipótesis, se analizaron los 8 pacientes, uno procedente de consultas externas y los otros 7 de hospitalización. Se comunicó rápidamente al médico responsable y a la supervisora de la planta para su aislamiento, y al servicio de limpieza para reforzar la desinfección de las habitaciones, y se procedió a extremar las precauciones de contacto. Además, se realizó un cronograma para conocer los diagnósticos y los tratamientos de los pacientes, así como las fechas de los cultivos solicitados. Tras hablar con el Servicio de Microbiología para la posibilidad de realización de una técnica rápida de confirmación, el mismo día de la alerta se solicitaron nuevos cultivos y se realizó una PCR de detección rápida a través de la aplicación informática de Millenium de este patógeno a los antiguos y a los nuevos exudados. La misma tarde fue comunicado por parte de los microbiólogos que con la nueva técnica todos los pacientes resultaron ser negativos para *A. baumannii*. Unos días más tarde, se obtuvo también una muestra del paciente ambulatorio de consulta que también fue negativa. Se concluye por parte del laboratorio que ha existido una contaminación ambiental, que artefactó todos los resultados de las muestras obtenidas el 28 de febrero de 2023, que se notificó a calidad, y actualmente se está investigando.

Conclusiones:

Este hecho constituyó un simulacro a tiempo real sobre la gestión de brotes epidemiológicos en los hospitales y pone de manifiesto cómo la interacción, la buena comunicación entre servicios y la notificación rápida de eventos adversos mejora el control y la eficiencia en alertas de este tipo y por ende la atención al paciente.

ACOGIDA A PROFESIONALES 2.0

GONZALEZ SANCHEZ, JOSE ANTONIO (1); MATA PEON, MARIA ESTHER (2); GONZALEZ GARCÍA, MARIA TERESA (1); BRAVO REPISO, JOSE MANUEL (2); BEDIA FERNANDEZ, JOSE LUIS (2); ALVAREZ MUÑOZ, MARIA BEGOÑA (2); GARCIA MAÑANA, MARIA MARLEN (2)

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

Identificador: 12461

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: PLAN DE ACOGIDA ACOGIDA A PROFESIONALES PROFESIONALES SEGURIDAD DEL PACIENTE CAMPUS VIRTUAL ELEARNING

INTRODUCCIÓN

En el año 2021 el Hospital disponía de un plan de acogida a nuevos profesionales no estandarizado. Tanto el circuito como el contenido de la información dependían de las diferentes Direcciones del Hospital.

El Comité de Dirección, dentro de la estrategia de Liderazgo del Plan de Calidad, Seguridad y Sostenibilidad (en adelante PCSS) fijó como acción la revisión del plan de acogida y el establecimiento de mecanismos de evaluación del mismo.

OBJETIVOS

Dentro de la iniciativa “Plan de acogida a nuevos profesionales” del PCSS se definió como objetivo la mejora y la evaluación del plan de acogida a nuevos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el Servicio de Calidad, apoyado por la Dirección, se realizó un diagnóstico del proceso de acogida a los nuevos profesionales e identificó las partes interesadas. Teniendo en cuenta los requisitos, necesidades y expectativas de las distintas partes interesadas, se procedió a revisar y establecer un nuevo circuito de acogida, diseñar un curso de acogida, y validar, previa a la implantación, tanto el plan de acogida como el curso de acogida.

Para la implantación del curso se optó por la búsqueda en el mercado de soluciones tecnológicas que hicieran posible la transmisión de conocimiento vía “elearning”.

Una vez seleccionada y validada la herramienta digital seleccionada se procedió a la implantación del nuevo plan de acogida.

Para la evaluación de este plan, se incorporó en el curso de acogida una evaluación obligatoria.

Finalmente, con la información las distintas evaluaciones realizadas por parte de los nuevos profesionales que realizaron el curso de acogida a lo largo de todo el año 2022, se procedió a la revisión del contenido del plan de acogida, así como del circuito de acogida.

RESULTADOS

Se implantó un plan de acogida estandarizado usando, entre otras herramientas un “Campus Virtual”.

Las principales cifras derivadas de esta acción son:

- 74 profesionales acogidos.
- 476 horas de formación.
- Net Promoter Score:

- o Plan de acogida: 43
- o Curso de acogida: 38
 - 85 % de profesionales valoran sentirse “satisfechos” o “muy satisfechos” tras su experiencia con el plan de acogida.
 - Respecto al curso de acogida (% de profesionales):
 - o 100 % consideran la información aportada “adecuada”.
 - o 99 % consideran la información “útil”, “bastante útil” o “muy útil”.
 - o 82 % indican que la información “ayuda en la incorporación”.
 - o 92 % indican estar “satisfechos” o “muy satisfechos” con el curso.

CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN

Un plan de acogida estructurado es una herramienta útil para acoger, informar, motivar y facilitar a nuevos profesionales el proceso de integración y adaptación en su incorporación a su puesto de trabajo. Para que éste no pierda su utilidad debe tenerse definido un mecanismo ágil de evaluación y de actualización del mismo.

¿Qué valor tiene hacer perfiles en el petitorio de las analíticas?

García Hernández, Pablo (1); Antuña Santurio, Carmen Victoria (1); Gimenez-Coral, Adela Cortés (1); Valle Garcia, Marta (1); Carrera Quiroga, Sara (1); González Sánchez, Jose Antonio (1); Álvarez Muñoz, Maria Begoña (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

Identificador: 12514

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: eficiencia no hacer perfiles laboratorio clinico

INTRODUCCION

Según datos bibliográficos, el crecimiento anual en el número de pruebas solicitadas a laboratorios clínicos se estimaba entre un 6,9 y un 10%. En las peticiones electrónicas son frecuentes los perfiles que permiten seleccionar determinadas pruebas agrupadas en función de la patología del paciente, mejorando la eficiencia del proceso asistencial. Sin embargo, se observa que perfiles genéricos frecuentemente contienen pruebas reflejas, las cuales no son necesarias ni aportan valor para el manejo clínico del paciente, pudiendo producir sobreinformación con consecuencias iatrogénicas en pacientes: instauración de tratamientos innecesarios, actos clínicos derivados e incremento del gasto.

OBJETIVOS

Revisar los perfiles más frecuentes de peticiones del Hospital, modificándolos en función de recomendaciones de las Sociedades Científicas de Hematología y del Laboratorio Clínico

MÉTODOS

Durante el 2021 en nuestro centro se solicitaron un total de 10829 perfiles, siendo los mayoritarios (43,22%) los perfiles "Primera Consulta", "Sucesivas consultas" y "Perfil de guardia". En mayo de 2022 se realizó una revisión de éstos y se procedió a retirar la vitamina D, debido a la recomendación de no realizar cribados innecesarios en población general sin factor de riesgo de déficit de ésta. Se retiró así mismo la VSG (Velocidad de Sedimentación Globular) debido a que se recomienda no solicitarla simultáneamente con la proteína C reactiva. Se retiró el fósforo al considerarse redundante, disponible en perfiles específicos de metabolismo y nefrología.

En caso de ser necesarias, estas pruebas siguen disponibles al margen del perfil.

Se realizó una comparación del número de solicitudes recibidas y se realizó una estimación del ahorro de dichas medidas. No se tuvieron en cuenta filtros adicionales de rechazo una vez cursada la petición (criterios de intervalo de tiempo o rechazos por cuestiones fisiopatológicas)

RESULTADOS

En el periodo previo al cambio (julio 2021-abril 2022) se recibieron un total de 5.078 peticiones de vitamina D. Durante el periodo de evaluación (junio 2022-marzo 2023) se recibieron un total de 3.948 peticiones. Con respecto a la VSG, el número de peticiones descendió para dichos periodos de 3.662 a 1.244 peticiones. Para el fósforo, se observó una disminución de 4.291 a 3.748 peticiones. En base a los costes de reactivos suministrados por los fabricantes, se produjo un ahorro de 6.185,75€ para la vitamina D, de 1.281,54€ para la VSG y de 45,63€ para el fósforo. El ahorro total fue de 7.512,02€ en 10 meses

CONCLUSIÓN

Es recomendable la actualización tanto de las carteras de servicio de los laboratorios, como la revisión y actualización de los perfiles predefinidos en los petitorios, especialmente aquellos genéricos que no vayan ligados con una patología concreta. Dichas modificaciones deben realizarse en función de las recomendaciones establecidas por las sociedades científicas y los acuerdos establecidos con los clínicos.

NORMALIZANDO LA ASISTENCIA EN PACIENTES CON AISLAMIENTO

Paniagua Alcaraz, Cristina (1); Monteserín Rodríguez, Ángeles (1); Garcia Alonso, Laura (1); Del Rivero Solares, Raquel (1); Checa Gil, María (1); Iglesias Rodriguez, Beatriz (1); Sierra Dorado, Gema (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 12570

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: PROTOCOLO DE AISLAMIENTO MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES CIRCUITOS DE COMUNICACIÓN ATENCIÓN AL PACIENTE

Introducción. Las precauciones de aislamiento (AIS) están diseñadas para el cuidado de pacientes específicos y se aplican en pacientes que se conoce o sospecha infección o colonización por patógenos epidemiológicamente relevantes. El Servicio Medicina Preventiva (MPRE) realiza labores de asesoramiento, coordinación y control de la prescripción de AIS. La importancia del cuidado de los pacientes en AIS hace necesario crear protocolos de comunicación y acción transversal.

Objetivos. Normalizar los flujos de información y las actuaciones en pacientes con AIS generando conocimiento compartido y protocolizado.

Métodos. Desde 2021 un grupo multidisciplinar de profesionales: médicos del Servicio Microbiología (MICR), médico y enfermera (ENF) de MPR, médicos y enfermeros responsables del paciente, ENF del Servicio Admisión (ADM) y la Coordinación Enfermería del Hospital ha trabajado en la elaboración de diferentes procedimientos. Se ha consensuado el manejo de Microorganismos Multirresistentes (MMR) y decidido el flujo de información y de actuación a lo largo de la cadena de cuidados del paciente. El control de los AIS se ajusta a las indicaciones de las guías a nivel nacional y autonómico. En base a la colaboración con ADM para la gestión de camas se ha trabajado en informes (correos electrónicos breves y concisos) de AIS hospitalario.

Resultados. Se ha elaborado el protocolo "Coordinación de manejo de MMR" a revisión según la evidencia disponible y las necesidades de los profesionales del centro. Se han elaborado textos informativos sobre precauciones en AIS para el conocimiento del paciente y familiares. Los informes microbiológicos de MMR del Área son compartidos sistemáticamente por MICR con MPRE. Se ha creado un circuito de comunicación bidireccional que define el flujo de información y las actuaciones para el control del AIS hospitalario. Se ha creado el formulario "Control Aislamiento" que gestiona y cumplimenta la ENF-MPRE en la historia electrónica del paciente con MMR. Se han elaborado 2 versiones del informe de situación de AIS, ambas se han enviado a diario al inicio (situación provisional) y al final de la jornada. La 2ª versión (sin tabla de datos) clasificaba los AIS como MMR o enfermedades transmisibles, diferenciaba confirmados o sospecha; identificaba la ubicación en hospitalización o UCI y por habitación (HAB) de AIS; detallaba las HAB de pacientes en cohorte (pacientes con la misma enfermedad ubicados en la misma habitación) y realizaba propuestas de cohorte. Por último, se ha creado un buzón de interconsultas hospitalarias a MPRE para cualquier cuestión del paciente en AIS y, en algunos casos, para el seguimiento tras el alta del paciente con MMR.

Conclusiones. La protocolización de las actuaciones y los flujos de comunicación ofrece una herramienta útil que requiere un esfuerzo multidisciplinar para garantizar la cadena de cuidados del paciente en AIS. En el futuro se recomienda valorar su uso sistemático en otros niveles de atención.

CONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Rodríguez-Tenreiro Rodríguez, Carlota (1); Muñoz Villasur, Marina (1); Velasco Rocés, Lucía (1); Macía Rivas, Lola (1); Fernández Lastras, Sergio (1); Eiroa Osoro, Mateo (1); Lozano Blázquez, Ana (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias

Identificador: 12572

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Circuitos de distribución, Gestión de medicamentos, Encuesta

Introducción: El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) es aquel sistema en el que el Servicio de Farmacia (SF) envía medicamentos individualizados por paciente para 24h y acondicionados unitariamente. Este sistema permite racionalizar la distribución de medicamentos y la terapéutica farmacológica, disminuir errores de medicación y procurar la correcta administración de medicamentos al paciente. El SDMDU se complementa con los botiquines en planta y con los “circuitos” en los que se envían medicamentos de forma individualizada en relación a nuevas prescripciones.

Objetivo: Conocer la información que los profesionales de enfermería tienen acerca del funcionamiento del SF en relación al SDMDU y otros sistemas de distribución e identificar oportunidades de mejora.

Métodos: Se diseñó una encuesta cualitativa de pregunta abierta que recogió diferentes aspectos a evaluar: conocimiento del funcionamiento del SDMDU, gestión de medicamentos y reclamaciones, comunicación con el SF y conocimiento de botiquines. Además se habilitó un apartado para aportar sugerencias de mejora. El cuestionario fue entregado personalmente en las unidades de enfermería.

Resultados: Se cumplimentaron la totalidad de las 40 encuestas entregadas. El 93% del personal conocía el funcionamiento del SDMDU, horario de llegada del carro de medicamentos en dosis unitarias y de los circuitos de distribución de medicamentos complementarios al mismo. En cuanto a la gestión de medicamentos, un 90% realizaba de forma adecuada la recepción del carro; el 53% conocía totalmente como se procede con aquellos medicamentos enviados por paciente y el 18% presentaba conocimiento parcial; el almacenamiento de los envases multidosis abiertos se hacía el 55% en el control de enfermería y el 28% en el carro de enfermería. En lo relativo a la gestión de reclamaciones: el 90% del personal tramitaba adecuadamente la solicitud de medicación de nuevos pacientes ingresados; el 100% distinguía entre medicación solicitada por tubo y por circuito; el 73% era frecuente que tuviera la necesidad de solicitar medicación urgente por tubo, siendo un 70% por indicación nueva y un 65% por error en la preparación del carro los principales motivos. El 100% del personal tenía constancia de las vías de comunicación con el SF. Finalmente el 48% conocía los medicamentos que conformaban el pacto de botiquín y el 55% sabía cuando se tramitaba su pedido. Las quejas y/o sugerencias realizadas fueron relativas a la rapidez en la dispensación y modificación de los circuitos establecidos.

Conclusiones: El personal de enfermería conoce el funcionamiento del SDMDU, mientras que, son poco conocidos los medicamentos pactados en el botiquín así como su gestión. Los canales de comunicación con el SF parecen adecuados y conocidos. Los horarios de los circuitos deberían adecuarse a las necesidades. Desde el SF se debe proporcionar información y formación en lo relativo a los sistemas de distribución de medicamentos.

MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE BOTIQUINES. “LA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE”.

Muñoz Villasur, Marina (1); Rodríguez-Tenreiro Rodríguez, Carlota (1); García Jiménez, Virginia (1); Fernández Laguna, Clara Luz (1); Macía Rivas, Lola (2); Oyague López, Laina (1); Lozano Blázquez, Ana (3)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Hospital Universidad Central de Asturias, (3) Hospital universitario Central de Asturias

Identificador: 12582

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Calidad, botiquines, almacenamiento.

INTRODUCCIÓN

Los botiquines son depósitos de medicamentos situados en las unidades clínicas, fuera del Servicio de Farmacia (SF), para su uso inmediato en necesidades urgentes (ingresos posteriores a la distribución, cambios en el tratamiento no previstos).

Los medicamentos que contienen se acordarán entre el equipo médico de cada unidad, enfermería y el SF. Los botiquines se deben revisar periódicamente para comprobar su correcto estado y funcionamiento.

OBJETIVOS:

Estudiar el almacenamiento y conservación de los medicamentos de las unidades clínicas del hospital, a través de las revisiones semestrales que la UGC de Farmacia realiza. Evaluar el impacto del estado de los botiquines tras haber aportado la información específica a cada unidad en relación a las recomendaciones de la UGC de Farmacia e identificar las oportunidades de mejora.

MÉTODOS:

Se realizó una primera revisión de botiquines y se entregó una hoja informativa elaborada por la UGC de Farmacia entre enero y mayo de 2022. Al semestre se realizó una segunda revisión.

Para la “Revisión de botiquines” se utilizó el formulario de la UGC de Farmacia. La hoja informativa proporcionada a las unidades contenía la siguiente información:

1. Almacenamiento de medicamentos por orden alfabético y principio activo.
2. Etiquetado e identificación de medicamentos de alto riesgo.
3. Conservación de medicamentos termolábiles.
4. Registro de temperaturas de medios isoterms.
5. Planificación y registro de caducidades.
6. Envases multidosis con fecha de apertura correctamente indicada.
7. Caja de paradas completa, bien identificada y cerrada.

RESULTADOS:

En los dos periodos de estudio se revisaron los botiquines de 12 unidades. En la primera revisión el 33% (4) ordenaba alfabéticamente y por principio activo, mientras que en la segunda lo hizo el 58% (7). El 42% (5) de las plantas mantenía los medicamentos de alto riesgo correctamente etiquetados e identificados en la primera revisión y el 75% (9) en la segunda.

En ambas evaluaciones todas las unidades clínicas realizaban correctamente la conservación de medicamentos termolábiles y el registro de temperaturas de medios isoterms. El 58% (7) planificaba y registraba caducidades en la primera revisión, respecto al 83% (10) en la segunda. El 67% (8) de las unidades clínicas indicó correctamente la fecha de apertura de los envases multidosis, que pasó al 100% (12) tras la segunda revisión. En ambos controles todas las cajas de paradas estaban completas y lacradas.

CONCLUSIONES:

Proporcionar información relativa al mantenimiento de los botiquines mejora su calidad.

El almacenamiento por principio activo es una práctica de seguridad recomendada pero no está plenamente implantada. Proporcionar etiquetas para los cajetines donde se almacenan los medicamentos mejoraría esta situación.

El control de medicamentos termolábiles y los registros de temperatura de medios isoterms se realizan de forma correcta.

Se ha de incidir en las revisiones de caducidades.

¡¡FUERA CAOS!!!: PROYECTO DE MEJORA DEL ALMACEN DE URGENCIAS CON METODOLOGÍA LEAN.

Iglesias Sánchez, M^a Belén (1); Albuérne Selgas, Mercedes (1); Prieto Antón, M^a Cristina (1); Solís Artime, Marianela (1); González Díez, M^a Irene (1); Rodríguez Garrido, Patricia (1); Pierres Pérez, Carmen (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 12588

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Lean healthcare, 5S, Kanban

Introducción: El volumen y diversidad de patologías que se abordan en Urgencias hace preciso almacenar mucho material. Las mejoras tecnológicas aumentan la cantidad y variedad de fungibles. La rotación de personal es muy habitual. Cualquier rotura de stock o dificultad para acceder al material genera estrés sobreañadido al personal y pone en riesgo la atención inmediata a los pacientes.

Objetivos: Identificar y cuantificar nuestras ineficiencias en la gestión del almacén. Promover acciones de mejora para garantizar la disponibilidad de fungible y su accesibilidad por el personal de forma inmediata.

Método: Cuantificación durante un mes de: roturas de stock, llamadas a Coordinación de enfermería por faltar o no encontrarse material, errores en lecturas de solicitud con entrega de material inadecuado o innecesario, consumo de tiempo de reposición de carros. Se crea grupo multidisciplinar para abordar el proyecto de mejora. Metodología para el diseño del almacén: Lean: 5 S y Doble cajón con sistema de ayuda visual Kanban.

Resultados: **Situación de partida:** 5 espacios de almacenaje, 1/3 de gasto de almacén solicitado fuera de pacto por rotura de stock, >5 errores/semana en entrega de fungible, > 15 llamadas a coordinación/mes, >50% de tiempo en personal no entrenado para reposición del mismo carro. **Acciones de mejora:** Aumentar tamaño del almacén (única obra), y lineales de estanterías. Eliminar los sub-almacenes. Colocar fungible por criterios de Emergencias: ABCDE según uso. Marcaje de estanterías con números y letras creando coordenadas y relación alfabética de productos con su situación exacta. En los cajetines: Fotos o relieves para identificar productos con similitudes o explicativas del aparataje en que se utilizan. Revisión del pacto con Suministros, eliminando productos obsoletos, incluyendo nuevos y ajustando gasto. Ajuste de número de lecturas/semana. Implantación de sistema de doble cajón con tarjetas de ayuda visual como indicativo para reponer el producto al 50% de su gasto.

Conclusiones: El proyecto "low cost" se planificó y diseño desde la Unidad entre septiembre de 2019 y noviembre de 2020 cuando la Dirección de Gestión aprobó la ampliación del almacén de 12 a 20 m², la compra de lineales y algunos cajetines (no específicos industriales de doble cajón). No se han usado otros recursos que los propios, ni ha tenido otros costes. Los errores con la entrega de material, las dificultades del personal para encontrarlo, o la rotura de stock son excepcionales. Los sistemas de ayuda resultan eficaces para la localización de todo el fungible, reduciéndose el consumo de tiempo al evitarse la dispersión y la ubicación no intuitiva del almacenaje. La 5^a S: *shitsuke* (hábito de mantenimiento del orden) completa el ciclo del proyecto.

Oportunidad de mejora (pendiente): posibilidad de solicitud de reposición de forma telemática, utilizando una pistola para la lectura de código de barras y un sistema operativo que lo permita.

Referencias

¹ Dominguez Casals Gonzalo. TFG: Lean Manufacturing en Gestión Hospitalaria. Nov 2020. Universidad Politécnica de Valencia. Accesible en: <https://riiunet.upv.es/bitstream/handle/10251/162940/Dom%C3%ADnguez%20-%20Lean%20manufacturing%20en%20gesti%C3%B3n%20hospitalaria.pdf?sequence=1>.

² Gomez Rojas, Rafael. Tesis doctoral: Implantación de la metodología Lean con el método de acreditación catalán y su aplicación en el sector sanitario. 2021. Escola de Doctorat. Accesible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/672933/tesdoc_a2021_gomez_rafael_implantacion_metodologia.pdf;jsessionid=542487B8E0B5B4675DD792007670A1AC

?sequence=1

UN AÑO DE IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEJA TU HUELLA EN LA LUCHA CONTRA EL VIH EN URGENCIAS. LECCIONES APRENDIDAS

Albuerne Selgas, Mercedes (1); Luiña Madera, Andrea (1); Nuñez Barros, Noemí (1); Sierra Dorado, Gemma M^a (1); de Zárraga Fernández, Miguel (1); Heras Pozas, Blanca (1); Caballero Alvarez, Mario (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 12593

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: VIH, Diagnóstico, Urgencias, Serologías, Diagnóstico tardío VIH, Cribados VIH

Introducción: Para muchos pacientes el único contacto con el sistema sanitario son los servicios de urgencias hospitalarios¹ (SUH) por lo que desde nuestra sociedad (SEMES) se ha impulsado, dentro de GESIDA, la implicación en programas de cribado que eviten el diagnóstico tardío de infección por VIH², sus consecuencias y expansión³. Asturias aparece como una CCAA con reticencia a su implantación⁴. Desde nov-2021 nos hemos sumado al reto y somos uno de los 121 centros de la *Red VIH Dejatuella*: La atención a 6 procesos con alta frecuentación y alta prevalencia de infección VIH: infecciones de transmisión sexual (ITS), solicitud de profilaxis post-exposición (PEP), conocimiento de prácticas de Chemsex, síndrome mononucleósico, herpes zóster o neumonía adquirida en la comunidad, debe ir acompañada de la realización de una serología.

Objetivos: Implantación del proyecto *Deja tu Huella*, cerrando el circuito asistencial con los Servicios de Microbiología, MI, y MFYC del área. Difusión entre el personal del SUH. Participación en el Grupo de Trabajo Nacional *RedVIH*. Seguimiento de los resultados.

Método: Dentro del Grupo de Mejora en Procesos Infecciosos del SUH: se impulsa reunión de trabajo en el área para la puesta en marcha del proyecto, se marcan 2 líderes para implantación y seguimiento en el servicio y se contacta con la Red Nacional. Se establecen: indicadores de proceso y resultados. Durante la fase de análisis de resultados se implementa entrevista informal no estructurada a los profesionales.

Resultados: Entre sep-nov del 21 se consensuó el proyecto con los servicios implicados. Se difundió en el SUH. Se participó en 1 sesión general cuyo contenido también se difundió. Dos miembros del grupo trabajan activamente en la RedVIH (1 reunión trimestral on line). Número de nuevos diagnósticos del área valorados en MI: 4 en 2022, 2 en primeros 5 meses de 2023. No se han podido obtener resultados fehacientes del resto de indicadores, al no conocerse con exactitud: nº solicitudes de serología solicitadas desde SUH, nº de los 6 procesos implicados diagnosticados. Conocidos los primeros resultados se realiza entrevista a los profesionales: conocen el proyecto y están motivados, pero reconocen olvidos a la hora de solicitar la serología ya que no hay ningún recordatorio durante los procesos ni apoyos informáticos.

Conclusiones: Se estima la tasa de nuevos diagnósticos de entre el 5,89 -7,41/100mil hab⁶. *¿Es nuestra población (150.000 hab) diferente o estamos perdiendo oportunidades de tratar?* Hemos implantado el proyecto: nuestros resultados son malos pero alientan oportunidades de mejora: Aumentar sensibilización. Mejora en obtención de datos: solo con indicadores podemos generar feed-back. Buscar ayudas en la HCE que faciliten la cumplimentación de solicitudes.

Debemos trabajar en un cambio cultural en los SUH que conciencie sobre el impacto de estos diagnósticos en los resultados en salud. ¡¡ Un solo paciente: merece la pena !!.

Referencias

¹ Gargallo-Bernad, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(2):100-108 DOI: 10.1016/j.eimc.2018.03.007

² Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Disponible:

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>. Acceso: abril 23

³ González del Castillo J, Burillo G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Malchair P, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para su estudio y seguimiento. *Emergencias*. 2020;32:416-26.

⁴ Miro O, et al. Detección de pacientes con infección oculta por VIH en los servicios de urgencias españoles: actitud actual y predisposición y dificultades percibidas para implementar acciones de mejora. *Emergencias* 2021;33:254-264

⁵ Pagina del proyecto SEMES: <https://dejatuhuella.semes.org/>

⁶ Vigilancia epidemiológica del SIDA y VIH en España. MMSS. Accesible en:

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20de%20vigilancia%20VIH%20y%20sida%20anteriores/Informe%20VIH_SIDA_2022_CCAA.pdf

EL VALOR DE LA ESTANDARIZACION DE LOS CARROS Y LAS AYUDAS VISUALES PARA EL PERSONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Pierres Pérez, Carmen (1); Iglesias Sánchez, M^a Belén (1); Prieto Antón, M^a Cristina (1); Albuérne Selgas, Mercedes (1); Suárez Fernández, Amelia (1); Luiña Madera, Andrea (1); Villalibre Calderón, Cristina (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 12601

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Introducción: Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son espacios donde coexisten muchos pacientes, mucho personal y mucho material, y sobre los que pesa una dura losa histórica como lugares hostiles para los trabajadores, especialmente para aquellos con poco entrenamiento en el servicio, y de riesgo de seguridad para los pacientes por múltiples razones, una de ellas: los retrasos en la atención por incidencias relacionadas con el material (desconocimiento de uso, de ubicación, rotura de stock, material caducado o inapropiado a su uso) o por la falta de seguridad en el uso de aparataje. Nuestro servicio no era ajeno a la generalidad, por lo que se optó por trabajar en la mejora de estos riesgos.

Objetivos: Estandarizar, racionalizando los contenidos en los carros de enfermería, adaptados a su uso, evitando roturas de stock y caducidades de productos. Disminuir la incertidumbre y evitar la variabilidad en la reposición de los carros. Generar eficiencia en los tiempos empleados en la reposición. Mejorar el orden en los espacios de trabajo, y con ello la limpieza que contribuye a disminuir las infecciones asociadas a atención sanitaria. Ayudar a los profesionales en la manipulación más segura y efectiva del aparataje y sus fungibles.

Método: Se crea grupo multidisciplinar para abordar el proyecto de mejora. Metodología: 5 S (iniciales en japonés de "separar-organizar-limpiar-estandarizar-generar hábito") y Gestión visual Lean.

Resultados: Actualmente están estandarizados todos los carros de enfermería por nivel de prioridad, según consenso entre el grupo de mejora y los profesionales; consta en cada uno de un poster como apoyo visual con los materiales (fungibles y fármacos) que deben contener, su localización y cantidad; con el método de doble cajón se evitan caducidades y rotura de stock. Los carros de paradas están también estandarizados y en su caso precintados, con hoja de trazabilidad de reposición, que garantiza su uso seguro. El aparataje consta de guías visuales de uso y manipulación de fungibles que permite actualizar y mantener en el tiempo la competencia en habilidades prácticas tras la formación. En los espacios de trabajo se indica con señalética la ubicación del material para cada equipo asistencial. No se ha conseguido al 100% el mantenimiento de superficies sin material o avisos no normalizados.

Conclusiones: La falta de clasificación, orden y limpieza ocasiona pérdidas de eficacia también en el ámbito asistencial. La metodología de las 5s ayuda a mantener los espacios de trabajo organizados, limpio y seguros. La 5ª S: *SHITSUKE* es la más complicada de conseguir en un servicio de más de 150 personas, y es imprescindible para la continuidad del ciclo de mejora. La figura de Coordinación Técnica, que recae en una TCAE, ayuda en el mantenimiento de la continuidad de los proyectos.

Solo desde la concienciación de los profesionales y el trabajo en equipo es posible mantener en el tiempo las acciones de mejora.

Referencias

¹ Socconini L, Barrantes M. El proceso de las 5'S en acción: La metodología japonesa para mejorar la calidad y la productividad de cualquier empresa. Septiembre 2020

² Summet Savant. 5S (Lean Thinking). 2018

³ Carles Martín Fumadó. Sanidad Lean. Elsevier.2015

Adecuación del tratamiento antibiótico en ancianos insitucionalizados con sospecha de ITU en la ZBS de Siero-Sariego

Huerta Menéndez, Raquel (1); Rosón Fernandez, Rubén (1); Quirós Mazariegos, Andrea (1)

(1) CS Pola de Siero

Identificador: 12605

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Bacteriuria; Piuria; Infecciones urinarias; Anciano; Salud del Anciano Institucionalizado.

Introducción: El aumento de resistencias a los antibióticos es un problema de salud pública que va en aumento y se estima que cada año fallecen 1,2 millones de personas por infecciones causadas por gérmenes resistentes a antibióticos en el mundo, de las cuales 3000. muertes tienen lugar en España y 33000 en Europa. Una de las causas de la producción de microorganismos resistentes es el uso inadecuado de antibióticos, tanto por falta de indicación como por el uso empírico sin tener en cuenta el mapa de gérmenes y resistencias de la zona. Una de las infecciones que más importancia tienen son las Infecciones del Tracto Urinario (ITU), sobre todo por su frecuencia en pacientes ancianos, su sobretratamiento en casos de bacteriuria asintomática (cuando las últimas guías marcan de nuevo la ausencia de indicación de tratamiento antibiótico) y su clínica inespecífica.

Objetivo: Evaluar el nivel de adecuación de tratamiento antibiótico en los pacientes institucionalizados con sospecha de Infección del Tracto Urinario (ITU) en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Siero-Sariego en el año 2021.

Método: Estudio descriptivo, transversal, de base individual, en el que hemos tomado como unidad de medida cada episodio de sospecha de ITU analizando la historia clínica (ECAP) de los pacientes institucionalizados en nuestra ZBS en el 2021 que cumplían criterios de inclusión y exclusión. Se partió de un listado de 383 pacientes institucionalizados. Se revisaron 366 historias clínicas de las cuales se extrajeron 265 episodios de ITU que fueron analizados individualmente. Se realizó una descripción univariada de la mayoría de las variables y un estudio bivariado en factores relacionados con la adecuación en el tratamiento mediante un estudio de significación Chi cuadrado.

Resultados: Cumplían criterios diagnósticos de ITU el 6% de los episodios, no lo cumplían el 7.9% y obtuvimos datos para llegar a una conclusión en 86%. El 14.3% tuvo una correcta adecuación del tratamiento antibiótico. El síntoma más frecuente fue la alteración del comportamiento, en el 27.5% de los episodios. El microorganismo más frecuentemente hallado en los cultivos fue E. Coli (53.8%). Se realizó urocultivo al 40.7% de los episodios (el 69.2% no cumplían los criterios de indicación). Los equipos de SAC/SUAP realizaron un tratamiento adecuado en el 5.4% de los episodios ($p=0.003$). El 34% de las ITU complicadas fueron correctamente tratadas a diferencia del 9.8% de las no complicadas ($p<0.001$).

Conclusiones: La mayoría de los episodios codificados como ITU con cumple con los criterios mínimos para su diagnóstico. La adecuación de los tratamientos antibióticos ha sido baja (14.3% de los episodios). Sería necesario potenciar la formación de los profesionales sanitarios con el fin de disminuir el uso inadecuado de antibióticos y el riesgo de generar resistencias antimicrobianas.

Referencias

¹ PRAN: plan nacional frente a la resistencia a los antibióticos 2019-2021. Disponible en: https://resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0

² PRAN: Recomendaciones sobre la prevención de infección urinaria asociada a sondaje vesical en el adulto. Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/recomendaciones_preve_nccion_infeccion_urinaria_asociada_a_sondaje_vesical.pdf

³ Overview □ Urinary tract infections in adults □ Quality standards □ NICE [Internet]. 2015 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs90>

⁴ Coordinadora: R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3a edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guia terapeutica aljarafe/guiaTerapeutica Aljarafe/>

⁵ Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones bacterianas en los adultos en Atención Primaria y Centros Residenciales. Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Subcomisión de Atención Primaria. Consejería de Sanidad el Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38364/2019%20Tratamiento%20antibi%C3%B3tico%20empirico/0aa66f3e-01c3-1d54-b67b-980e9d479f91>

⁶ Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 27 de marzo de 2023];j84. Disponible en:

<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j84>

⁷ Hartman EAR, Van De Pol AC, Heltveit-Olsen SR, Lindbæk M, Høye S, Lithén SS, et al. Effect of a multifaceted antibiotic stewardship intervention to improve antibiotic prescribing for suspected urinary tract infections in frail older adults (Impresu): pragmatic cluster randomised controlled trial in four European countries. *BMJ* [Internet]. 22 de febrero de 2023 [citado 27 de marzo de 2023];e072319. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj-2022-072319>

⁸ Previsión de demanda de cuidados residenciales para personas mayores en Asturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Gobierno Principado Asturias.

CAR-T. UNA OPORTUNIDAD PARA UNA VISIÓN INTEGRADORA MULTIDISCIPLINAR.

CARRETERO ARES, JOSE LUIS (1); Avendaño Monje, Carmen Luz (1); Palomo Moreda, María del Pilar (1); Mateos Mazón, Marta (1)

(1) HUCA

Identificador: 12606

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: CAR-T, Linfocitos T, Inmunología, Vacunación

INTRODUCCIÓN

La aparición de nuevas técnicas genéticas en medicina en los últimos años consistentes en la reprogramación de linfocitos T para luchar contra células tumorales en hematología, y previsiblemente como terapia en otros tipos de tratamientos oncológicos en un futuro próximo, constituye un hito científico, y un reto asistencial a la hora de afrontar desde el punto de vista de la inmunidad, y por ende de la vacunación de estos pacientes, que deben abordarse desde un punto de vista multidisciplinar.

OBJETIVOS

Realizar un protocolo de abordaje integral entre distintos servicios hospitalarios para el manejo y vacunación de pacientes que están recibiendo terapia con CAR-T (terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos).

MATERIAL Y METODOS

A raíz de casos derivados para seguimiento vacunal desde varios hospitales nacionales de referencia (Vall d'Hebrón, Ramón y Cajal) en este tipo de técnicas, se constituye un equipo multidisciplinar en enero de 2023 constituido por representantes de los servicios de Hematología, Inmunología y Medicina Preventiva en un hospital de 3º nivel, para elaboración de protocolos conjuntos de actuación, y revisión de otros tipos de tratamientos en pacientes oncohematológicos.

RESULTADOS

Preliminares. Se han realizado reuniones con el fin de homogeneizar un protocolo de vacunación en pacientes remitidos desde hospitales de referencia externos, habiendo comenzado desde Marzo en nuestro hospital con este tipo de tratamientos, estimando la realización de este tipo de técnicas en más de 20 pacientes al año, teniendo en cuenta otros tipos de tratamientos por inmunoglobulinas y otros tipos de tratamientos inmunosupresores.

CONCLUSIONES

La constitución de equipos multidisciplinarios para el abordaje de patologías muy específicas que requieren tratamientos específicos personalizados y novedosos es una necesidad actualmente para mejorar nuestro conocimiento, adecuar una óptima calidad del seguimiento y garantizar la seguridad del paciente.

¿ Podemos anticiparnos a situaciones de riesgo con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación?

Menchaca Muñiz, Joaquín (1); Jiménez Martos, M^a Antonia (1)
(1) HUCA

Identificador: 12608

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Introducción

Uno de los principales objetivos de la valoración enfermera al ingreso es la detección de riesgos que presenta el paciente. Algunos de ellos vendrán derivados de su estado de salud y patologías previas y otros aparecerán en el transcurso de su estancia como consecuencia de intervenciones, técnicas o procedimientos que requieran guardar reposo, la colocación inserción de dispositivos o limitar ingestas por citar algunos ejemplos. La realidad es que un número muy reducido de pacientes ingresados se ve libre de presentar algún riesgo.

Objetivos

Detectar en tiempo real pacientes con riesgos no valorados

Detectar en tiempo real pacientes con riesgos que no tienen cuidados prescritos

Detectar en tiempo real pacientes con riesgo y cuidados prescritos no adecuados a los mismos

Actuar para revertir eventos adversos relacionados con la atención sanitaria

Métodos

Determinamos en primer lugar que ítems de la valoración enfermera sugieren diagnósticos que conllevan Riesgos o déficits en el paciente para ciertas actividades básicas. Establecemos los déficit de higiene, alimentación y vestido como información relevante para los cuidados prestados por las TCAE y los riesgos de Caídas, desnutrición, infección, bronco aspiración y suicidio.

Comprobamos los indicadores de contrato programa que se refieren a los cuidados de excelencia y se monitorizan de forma mensual.

A partir de los ítems de la valoración enfermera que sugieren Diagnósticos de riesgo e intervenciones y objetivos asociados, obtenemos la información de los pacientes ingresados en cada Unidad que no tienen los ítems cubiertos, o que teniéndolos no tienen en la agenda de cuidados las intervenciones adecuadas para la prevención de riesgos.

Resultados

Frente a las monitorizaciones de indicadores y presentación de resultados habitual, donde la información es retrospectiva y no permite actuar sobre los casos en riesgo, este sistema permite detectar y por tanto actuar en el momento sobre aquel porcentaje de pacientes que tradicionalmente en las monitorizaciones se demostraba se encontraba en posible situación de riesgo, tanto por no estar valorado como por no tener intervenciones enfermeras descritas para prevenir riesgos, o no ser estas adecuadas al nivel de riesgo.

Se dispone así de una herramienta de apoyo al gestor y al profesional que le permite en cada momento comprobar la adecuación de cuidados en cuanto a intervenciones enfermeras y datos de la valoración, pudiendo comprobar si existen errores en la valoración, una pauta inadecuada o inexistente de cuidados y modificar la situación para avanzar en la planificación de unos cuidados de excelencia

Referencias

- ¹ 1. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med Intensiva*. 2010;34(4):256-67
- ² Cómo transformar el concepto de fragilidad en intervención eficiente: transversalidad y liderazgo de la geriatría *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volumen 52, Número 6, 2017, pp. 297-298 Artículo de investigación
- ³ Detección del riesgo de desnutrición en el medio hospitalario *Detection of malnutrition risk in hospital* Elena Cristina Chivu, Ana Artero-Fullana, Antonio Alfonso-García y Carlos Sánchez-Juan Unidad de Endocrinología y Nutrición. Departamento Valencia-Hospital General. Departament de Medicina. Universitat de València. Valencia

OPORTUNIDADES DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN VULNERABLE

Paniagua Alcaraz, Cristina (1); Del Rivero Solares, Raquel (1); Checa Gil, María (1); Baba Boto, Marua (2); Pérez Santillana, Ana (2); Cernuda García, María Del Valle (1); Monteseirín Rodríguez, Ángeles (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín, (2) Gerencia AP Área Sanitaria III

Identificador: 12613

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Calendario de vacunación Población de riesgo Paciente vulnerable

Introducción. En base al documento de la Ponencia de Vacunas “Recomendaciones de Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones” aprobado por la Comisión de Salud Pública en julio de 2018, y sus posteriores actualizaciones nacionales y autonómicas, se prescribe la administración de vacunas previa valoración médica de la situación particular del paciente. El incremento de pacientes pertenecientes a grupos de riesgo ha potenciado el papel de las consultas de vacunas (Cons-Vac) específicas en los Servicios de Medicina Preventiva (SMPR).

Objetivos. Analizar el desarrollo de la Cons-Vac de un SMPR a través de su actividad teórica, del número de interconsultas (IC) para derivación del paciente a Cons-Vac y del número de calendarios de vacunación individual elaborados para grupos de riesgo.

Métodos. Se analizaron los protocolos elaborados relacionados con vacunas, el número de pacientes a los que se elaboró o revisó el calendario de vacunación, el Servicio de procedencia de la IC y el número de vacunas administradas en Cons-Vac.

Resultados. Se realizaron dos protocolos de vacunación, en uno se explicaba el circuito de vacunación en el hospital y su seguimiento en Atención Primaria (AP), especificando los grupos de riesgo para los que se podía solicitar una revisión o elaboración del calendario de vacunación, divulgándose en sesión general a todo el Área Sanitaria y, en especial, se dio a conocer en sesión a los Servicios hospitalarios. Otro protocolo trataba las actuaciones urgentes ante posibles reacciones anafilácticas en la Cons-Vac. El SMPR atendió al primer paciente de Cos-Vac el 14/07/2022. Hasta el día 18/04/2023 se atendieron 252 pacientes, para los que se elaboraron 249 calendarios de vacunación individualizados, administrándose en Cons-Vac un total de 1.202 vacunas. Los Servicios con accesos a realizar IC de vacunas al SMPR fueron solo hospitalarios, realizando: Reumatología (57), Medicina Interna (38), Hematología y Hemoterapia (35), Digestivo (34), Dermatología (28), Farmacia Hospitalaria (23), Nefrología (19), Cirugía General y Digestivo (4), Pediatría (4), Oncología (3), Oftalmología (2), Servicio Prevención y Medio Ambiente (1) y Urgencias (1). Para el seguimiento de los pacientes en AP se enviaba notificación a la enfermera responsable del paciente en el Centro de Salud.

Conclusiones. Para crear oportunidades de vacunación en el paciente de riesgo es preciso que exista una Cons-Vac especializada que permita la derivación adecuada del paciente, además de que los profesionales implicados informen de manera concisa a los pacientes facilitando la comprensión de la cultura de vacunación. La revisión de la mejor evidencia disponible y de las actualizaciones de los protocolos vigentes resulta esencial para garantizar el acto de vacunación en condiciones de seguridad, así como para una prescripción de vacunas pertinente. En el futuro se incluirá la derivación del paciente de riesgo desde AP a MPRE para su vacunación.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES EN ASTURIAS DURANTE EL PERIODO 2012-2021

Nicieza García, María Luisa (1); Fernández Martínez, Paula (2); Gómez de Oña, Constanza (3); Martínez Alfonso, Marta (1); Fra Yañez, Javier (4); González Calvo, María Paz (5)

(1) Consejería de Salud, (2) Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, (3) Gerencia Área Sanitaria V, (4) Servicios Centrales. SESPA., (5) Servicios Centrales. SESPA

Identificador: 13062

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Consumo, metilfenidato, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, niños, prevalencia, farmacoepidemiología

Introducción:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón de conductas de hiperactividad, impulsividad o falta de atención. En muchos casos, es persistente, continuando en la etapa adulta. Los psicoestimulantes están indicados en el TDAH en niños a partir de los 6 años, adolescentes y adultos como parte de un programa completo de tratamiento. En los últimos años, se ha observado un incremento en la tasa de diagnósticos de TDAH, así como un porcentaje creciente de menores que reciben tratamiento farmacológico, lo que lleva a generar la duda de si existe un sobrediagnóstico por este trastorno.

El objetivo es analizar las prescripciones de psicoestimulantes en el periodo 2012 a 2021 para conocer qué grupos de edad y sexo son los mayores consumidores.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron todas las prescripciones de los principios activos N06BA04 (metilfenidato), N06BA12 (lisdexanfetamina) y N06BA09 (atomoxetina) dispensados en oficinas de farmacia con recetas oficiales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Se obtuvieron los datos referentes a las Dosis Diarias Definidas (DDD), durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2021. No se incluyen las prescripciones del ámbito hospitalario, de mutuas o de receta médica privada.

Los datos se presentaron en forma de tasa de consumo anual, expresada en DDD por cada 1000 habitantes y día (DHD), que nos informa del número de personas que están consumiendo un determinado psicoestimulante a la dosis de mantenimiento habitual por cada 1000 habitantes y día. Se solicitó la exención del consentimiento informado al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Resultados

Se observa un incremento en el consumo de psicoestimulantes del 216,6% desde 2012 a 2021 (1,08 a 3.42 DHD), a pesar de un descenso registrado en 2020. Por sexos, el consumo en hombres casi triplica al de las mujeres, con un incremento en 2021 vs 2012 del 249,3%. En ambos sexos se observa una disminución en 2020, con un incremento posterior que supera los valores máximos previos. Por grupos de edad, el mayor consumo se da entre los 0-14 años y los 15-29 años, donde este se incrementa un 148,4% y un 560,3%, respectivamente, y cuyas DHD son sensiblemente superiores al resto de grupos. Además, se registró un incremento del 226,2% (0,42 a 1.37 DHD) entre los 30-44 años, y de 335,0% (0.20 a 0,87 DHD) entre los 60-74 años.

El principio activo más prescrito ha sido el metilfenidato seguido de lisdexanfetamina.

Conclusiones/Discusión

-El incremento de consumo observado confirma la tendencia ascendente que muestran estudios publicados previamente.

-El consumo en niños triplica al de las niñas, lo que también está ampliamente documentado.

-El descenso observado en 2020 podría deberse al cierre de los centros escolares durante el confinamiento, ya que es bastante frecuente que los niños solo utilicen el tratamiento durante el periodo escolar.

Referencias

- ¹ Prieto Antolín B, Gutiérrez-Abejón E, Alberola López S, Andrés de Llano JM. Tendencia del consumo de fármacos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (2010-2019) [Trend in medicines use for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents (2010-2019)]. *Rev Esp Salud Publica*. 2022 Mar 23;96:e202203033. Spanish. PMID: 35318300.
- ² Criado-Álvarez JJ, González González J, Romo Barrientos C, Mohedano Moriano A, Montero Rubio JC, Pérez Veiga JP. Variability and trends in the consumption of drugs for treating attention-deficit/hyperactivity disorder in Castile-La Mancha, Spain (1992-2015). *Neurologia (Engl Ed)*. 2016 Sep 16;S0213-4853(16)30171-2. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2016.07.006. Epub ahead of print. PMID: 27645774.
- ³ Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. junio de 2007;164(6):942-948.
- ⁴ Treceño C, Arias LHM, Sáinz M, Salado I, Ortega PG, Velasco V et al. Trends in the consumption of attention deficit hyperactivity disorder medications in Castilla y León (Spain): changes in the consumption pattern following the introduction of extended release methylphenidate. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012;21(4):435-441.
- ⁵ Sánchez Martínez DP, Guillén Pérez JJ. Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. *An Pediatr*. 1 de abril de 2018;88(4):183-190.
- ⁶ Whitely M, Raven M, Timimi S, Jureidini J, Phillimore J, Leo J et al. Annual Research Review: Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. abril de 2019;60(4):380-391.

PROYECTO PILOTO DE REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS CRÓNICOS COMPLEJOS

MARTÍNEZ ALFONSO, MARTA (1); ALONSO BADA, BELÉN (1); FERNÁNDEZ ARCE, LUCÍA (2); GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE, LETICIA (1); NICIEZA GARCÍA, MARIA LUISA (1); GARCÍA ABEIJÓN, PATRICIA (3); GÓMEZ DE OÑA, CONSTANZA (4)

(1) CONSEJERÍA DE SALUD, (2) CONSEJERÍA DE SALUD, (3) SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA-ÁREA I, (4) SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA V- GIJÓN

Identificador: 13070

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: POLIMEDICADOS, CRÓNICOS, INTERVENCIONES, OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

Desde la Consejería de Salud, el "Programa de medidas para la mejora de la eficiencia y la sostenibilidad en el SNS 2021-2023", desarrolla acciones concretas para:

- "Potenciar el papel del Farmacéuticos/a de Atención Primaria (FAP), dentro del "Proyecto Regional Integral del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023".

- "Fomentar la calidad asistencial y la práctica clínica basada en la evidencia"; incluyendo las "Estrategias de abordaje de la Cronicidad y la de Seguridad del paciente".

OBJETIVO:

Implantación de un proyecto de optimización terapéutica a través de la revisión de la medicación centrada en la persona.

MÉTODOS:

1-Pilotaje

Los pacientes diana se identifican a través del agrupador poblacional grupos de morbilidad ajustada (GMA 1=muy bajo riesgo y;GMA 4= muy alto riesgo).

Con los datos clínicos y farmacoterapéuticos de pacientes polimedicados (más de 10 medicamentos activos en receta electrónica) y con GMA 4 (pacientes de muy alto riesgo) adscritos a una zona básica de salud de nuestra comunidad autónoma, entre abril 2021 y abril 2022., se seleccionan 5 patologías de mayor prevalencia: hipertensión, depresión, artrosis, diabetes y osteoporosis.

Con la herramienta de optimización farmacoterapéutica CheckTheMeds y previa anonimización, se revisan 72 pacientes con registros completos (excluyendo exitus) y se elaboran los informes de optimización farmacoterapéutica para aquellos pacientes con mayor prioridad de intervención.

2-Implantación:

Los FAPs contactan con los profesionales sanitarios responsables de estos pacientes para coordinar las intervenciones farmacoterapéuticas, y su seguimiento

RESULTADOS:

1-Totales (media total/casos):

Duplicidades: 2,6 (13 casos)

Sobredosificaciones: 1,16 (22 casos)

Interacciones: 2,13 (32 casos)

Contraindicaciones: 1,2 (12 casos)

Advertencias de alta carga anticolinérgica= 3,69 (71 casos)

2-Intervenciones prioritarias (casos/%)

Sobredosificaciones: 7 casos (18,18%)

Interacciones: 4 casos (36,37%)

Contraindicaciones:2 casos(63,64%)

Advertencias de alta carga anticolinérgica:10 casos(90,90 %)

Indicador de proceso "Pacientes con optimización terapéutica según nivel de estratificación de morbilidad".

Nº usuarios identificados GMA"X" con optimización terapéutica realizada

-----X 100 en periodo "X"

Total de usuarios identificados como GMA "X"

Los resultados obtenidos fueron:

Osteoporosis=5.11; Diabetes=7.27; Artrosis=7.99; Depresión= 11.66; Hipertensión=16.49

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

*El FAP, integrado en el equipo asistencial, es un facilitador que promueve la realización de la revisión de la medicación centrada en la persona, en pacientes con complejidad clínica.

*El uso de herramientas de optimización terapéutica, resulta muy eficiente en el seguimiento de los pacientes de CCSS, contribuyendo a la mejora de la seguridad y calidad de vida.

Referencias

¹ Delgado e, Muñoz M, Montero B Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/STAR. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009;44(5):273-279.doi:10.1016/j.regg.2009.03.017

² Galván M, Santos B, Vega MD,Alfaro ER, Nieto MD, Pérez C. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. Atención Primaria 2013; 45(1): 6-20. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.011

³ Comité de Redacción de The Pharmaceutical Letter. Criterios STOPP/STAR Y SPD. Herramientas para el seguimiento y control del paciente polimedcado. Pharm Care Esp 2010;12(2):79-86

⁴ Álvarez de Toledo F. La revisión de medicación a exámen. Pharm Care Esp 2012;14(1):33-42

⁵ Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK et al. A method for assessing drig therapy appropriateness. J Clin Epidmiol 1992;45:1045-1051.doi:10.1016/0895-4356(92)90144-C

⁶ Parodi N, Villán YF. Granados MI, Royuela A. Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. Aten Primaria 2014;46(6):290-297.doi:10.1016/j.aprim.2013.12.007

ANÁLISIS DE DERIVACIONES Y EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON PACIENTES DE SALUD MENTAL Y PANDEMIA COVID-19

Lanza Quintana, Elena (1); Arvelos do Nascimento Costa, Inês Margarida (2); Ludwig, Carina (3); Martín Gil, Elena (4); Morán Suárez, Estefanía (5); Alonso Lorenzo, Julio César (6)

(1) Hospital Universitario San Agustín de Avilés, (2) Hospital de Jove de Gijón, (3) Hospital Álvarez Buylla de Mieres, (4) Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo), (5) Hospital Universitario Central de Asturias, (6) Gerencia área IV

Identificador: 13092

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Pandemia COVID-19, atención primaria, salud mental, Asturias, derivaciones, grupo focal.

Introducción: La COVID-19 es la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2. La Atención Primaria se define como la atención sanitaria esencial, el primer nivel de contacto y el núcleo principal del Sistema Nacional de Salud. Esta constituye, por tanto, la principal vía de acceso de la población a los servicios de Salud Mental. Tras la pandemia COVID-19, se ha extendido la percepción subjetiva de que existe un aumento de la demanda que tiene que ver con malestares psíquicos, así como una sobrecarga de la Atención Primaria.

Objetivos: Describir el número y carácter de las derivaciones desde Atención Primaria a Salud Mental en el Principado de Asturias, comparando los periodos pre y post-COVID-19 y conocer las experiencias de los médicos de Atención Primaria con los pacientes con problemas de Salud Mental.

Métodos: Se realizó un estudio mixto explicativo, con una primera fase cuantitativa, que describe la variabilidad de las derivaciones realizadas entre marzo del 2018 y febrero del 2022, teniendo en cuenta su carácter, desde tres delimitaciones geográficas: Asturias, áreas sanitarias y zonas básicas de salud. Se llevó a cabo una segunda fase fenomenológica descriptiva, organizando grupos focales con 36 médicos de Atención Primaria de cinco centros diferentes.

Resultados: Se observa una disminución inicial en los meses de confinamiento, una vuelta a valores previos en meses posteriores y un aumento progresivo desde febrero de 2021 hasta el final del estudio. Esto sucede así en todos los tipos de derivación, en el total de Asturias y de las áreas sanitarias. En Asturias, comparando ambos periodos, hay un aumento de 2,69 en la media de tasas de derivación mensuales/10.000 habitantes, resultando este valor estadísticamente significativo. De los grupos focales se obtuvo como tema principal la experiencia en la atención a pacientes de Salud Mental ocupando la percepción de la demanda y las dificultades la mayor parte del discurso.

Conclusiones: Existe una tendencia al aumento de derivaciones, unido a la experiencia de los profesionales de asistir a una medicalización de la sociedad y a una ausencia de coordinación efectiva entre servicios.

Referencias

- ¹ Fountoulakis KN, Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol*. enero de 2022;54:21-40.
- ² Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 23 de marzo de 2020;3(3):e203976.
- ³ Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Sáiz J, Zamorano S, Vaquero C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: A Longitudinal Study. *Psicothema*. febrero de 2022;34(1):66-73.
- ⁴ Markiewicz-Gospodarek A, Górska A, Markiewicz R, Chilimoniuk Z, Czezelewski M, Baj J, et al. The Relationship between Mental Disorders and the COVID-19 Pandemic—Course, Risk Factors, and Potential Consequences. *Int J Environ Res Public Health*. 4 de agosto de 2022;19(15):9573.
- ⁵ Xu Z, Ye Y, Wang Y, Qian Y, Pan J, Lu Y, et al. Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. noviembre de 2020;35(11):3278-84.
- ⁶ Medeiros KS de, Ferreira de Paiva LM, Macêdo LT de A, Farias de Souza W, Soares da Silva LA, Sarmiento ACA, et al. Prevalence of Burnout Syndrome and other psychiatric disorders among health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis protocol. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260410.
- ⁷ Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract*. 7 de julio de 2021;71(709):e634-42.
- ⁸ Galvez-Llompart AM, Valor Gisbert M, Perez-Almarcha M, Ballester-Gracia I, Canete-Nicolas C, Reig-Cebria MJ, et al. Impacto en la asistencia en salud mental tras 42

la colaboración entre atención primaria y salud mental. Medicina de Familia SEMERGEN. 1 de septiembre de 2021;47(6):385-93.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y EL TRANSPORTE SANITARIO ¿SOLUCIONARÁ RETOS ASISTENCIALES?

BENAVIDES SANJUAN, FERNANDO (1); MONTES PEON, ALBERTO (1); VARELA LADA, ALEXIS (1); CARBAJO DIAZ, LORENA (1); GONZALEZ CAMBLOR, JUAN LUIS (2); NOVOA LOPEZ, BENJAMIN (1); FERNANDEZ DE PAZ, JAVIER (1)

(1) TRANSINSA SL, (2) IEDUCAE

Identificador: 13114

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Inteligencia Artificial IA Calidad Asistencial Transporte sanitario Impacto Optimización

Introducción:

El uso de la inteligencia artificial (IA) en la atención sanitaria es cada vez más frecuente en distintos ámbitos, y el transporte sanitario no es la excepción. La IA puede ser utilizada para mejorar la eficiencia, seguridad y calidad de los servicios de transporte sanitario, lo que puede tener un impacto significativo en la calidad asistencial percibida por los pacientes.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es presentar las posibilidades de la IA en el transporte sanitario y los beneficios que puede aportar en la atención a los pacientes. Se describirán los métodos de aplicación y se analizarán los resultados que se han obtenido en distintos contextos.

Métodos:

Se ha utilizado una solución informática creada por este equipo con la ayuda de un partner externo para la gestión de flotas y como ayuda en la toma de decisiones. La gestión de flotas puede mejorar la eficiencia y reducir los tiempos de respuesta mediante la planificación de rutas óptimas y la optimización de los recursos disponibles.

Resultados:

Los resultados de la aplicación de la IA en el transporte sanitario han sido muy positivos. En algunas experiencias se ha logrado una reducción significativa de los tiempos de respuesta y una mejora en la calidad del servicio, lo que ha llevado a una mayor satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Los datos relativos a tiempos de espera, tanto en recogida como en retorno, han mejorado más de un 50%, incidiendo sobre la calidad real de la prestación que reciben los pacientes.

Conclusiones / Discusión:

El uso de la IA en el transporte sanitario puede tener un impacto significativo en la atención a los pacientes. La gestión de flotas y la toma de decisiones clínicas son dos áreas en las que la IA puede ser muy útil, y los resultados que se han obtenido en distintos contextos son muy prometedores. A medida que la tecnología avanza y se implementa de manera más amplia, es probable que se descubran nuevas formas de utilizar la IA en el transporte sanitario, lo que podría transformar radicalmente la forma en que se prestan los servicios en este momento.

PROYECTO PILOTO DE DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES, USUARIAS DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN AVILÉS.

Vigil Morán, Alejandro (1); González González, María Begoña (2)

(1) Asamblea Local Cruz Roja en Avilés, (2) Asamblea Local de Cruz Roja en Avilés

Identificador: 13118

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la fragilidad es potencialmente reversible, de ahí que su detección precoz resulte fundamental. Hoy día disponemos de escalas validadas para su detección precoz y diagnóstico.

Uno de los campos de actuación de Cruz Roja es el de las personas mayores vulnerables.

Por otro lado, en diferentes apartados del documento de “Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022)” del Ministerio de Sanidad, se busca la implicación del entorno comunitario.

Desde nuestra Asamblea Local recogemos esta invitación, plantándonos un proyecto piloto para detectar la fragilidad de las personas usuarias atendidas en un proyecto concreto; el de Salud Comunitaria, con 18 personas, todas mayores de 70 años, y condiciones sociosanitarias, encajarían a priori con ese estado de vulnerabilidad.

OBJETIVOS

- A. Evaluar la fragilidad las personas atendidas en el proyecto de Salud Comunitaria.
- B. Valorar su riesgo de caídas.
- C. Detectar su deterioro cognitivo.
- D. Detectar depresión en estas personas.
- E. Facilitar su derivación a atención primaria.

MÉTODOS

El primer paso fue capacitar a los voluntarios que llevan a cabo las visitas domiciliarias periódicas a las personas usuarias en el empleo de las técnicas para detectar estas situaciones.

Esta formación se impartió el 02/02/23.

Una vez formados los voluntarios, aplicarán las distintas escalas y pruebas a las personas usuarias durante las visitas domiciliarias periódicas.

Los resultados son supervisados por voluntarios con formación y experiencia en esta materia. En casos de riesgo, se aconsejará informar a su equipo de atención primaria.

El 23/02 se valoró la dependencia de los 18 usuarios utilizando el índice de Barthel, 14 fueron valorados como no-dependientes.

Entre los días 2 y 21 de marzo, se pasó la escala FRAIL a las 14 personas que con una puntuación mayor o igual de 90 en el Barthel.

Entre los días 4 y 18 de abril se realizó a estas 14 personas, la Prueba Corta de Desempeño Físico (SPPB).

Actualmente estamos pasando la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeifer. Esperamos sus resultados para finales de mayo.

En junio, realizarán el test del reloj, y se elaborarán documentos con los resultados de estas pruebas, invitando a estas personas a entregarlos a los equipos de atención primaria.

RESULTADOS

Han participado las 18 usuarios de Salud Comunitaria, 4 de ellas valoradas *dependientes*, no continuando con ellas el resto del proceso.

Con un punto de corte de 1 en el FRAIL, 7 personas fueron valoradas con *sospecha de fragilidad* y otras 7 no.

Con la SPPB, hemos encontrado que 12 de estas personas están en riesgo de caídas.

No disponemos de resultados del resto de pruebas.

CONCLUSIONES:

Parece que esta experiencia es exportable a otros proyectos que desarrollamos con personas mayores, constituyendo una oportunidad de colaboración con el sistema público sanitario en el abordaje de esta problemática.

Referencias

¹ Frailty Prevention Approach (FPA) [Internet]. ADVANTAGE JA; 20 19. Disponible en: <https://www.advantageja.eu/images/FPA-Core-ADVANTAGEdoc.pdf>ref. 14.

² Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Alfonso-Silguero SA, Rodríguez-Mañas L. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? J Nutr Health Aging 2014;18(6):622-7.

³ Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Fragilidad en el anciano. Barcelona: Elsevier España; 2020.

⁴ Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022

DISTRIBUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS DENTRO DEL HOSPITAL: UNA APROXIMACIÓN A LOS DERECHOS AL FINAL DE LA VIDA.

De Dios del Valle, Ricardo (1); RODRIGUEZ REGO, ROBERTO (2); RODRIGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL (2); TORRES FOLTYN, ANDREA VALERIA (3); SERAS MOZAS, MIGUEL (2); MARTINEZ GUTIERREZ, ROCIO (2); PANIAGUA ALCARAZ, CRISTINA (2)

(1) Hospital Universitario San Agustín, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, (3) GERENCIA ÁREA SANITARIA III

Identificador: 13174

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

INTRODUCCIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria, diferente a las comisiones clínicas de mortalidad de los hospitales. Entre las funciones de la misma se encuentra "conocer el proceso de morir en el área de Salud". La comisión del área sanitaria fue constituida el 4/04/2022. Con este objetivo la comisión del área procedió a estudiar como se distribuían los fallecidos que se producían ingresados en el hospital.

OBJETIVOS

Conocer la distribución física de los fallecimientos en los pacientes ingresados en el Hospital.

MÉTODOS

Diseño: Descriptivo transversal. **Ámbito:** Hospital. **Población:** pacientes ingresados que fallecen en el hospital. **Período:** 2022, se estudia la evolución del número de fallecidos en el hospital y en el servicio de urgencias desde el 2009. **Variables:** Lugar de defunción (servicio médico, año, mes, unidad enfermería. Fuente: Servicio de Atención al Ciudadano. SELENE. **Análisis estadístico:** cualitativas con distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS

En 2022 fallecieron 876 pacientes en el hospital, 826 ingresados y 49 en urgencias (5.59%), lo que significó un crecimiento del 21,5% respecto a 2009 (721). En el Servicio de Urgencias se mantiene estable el número de fallecidos siendo 51 en 2008 frente a 49 en 2022. La distribución de fallecidos/mes 2022 arroja que hay ligeramente mayor número de fallecidos en enero-diciembre con 27%(n=227), seguido de otoño con 215 (26%). Los meses del año con mayor número de fallecidos son Julio (85) y Diciembre (81), lo que significa un 20.07% de los fallecidos anuales. Por servicio: 65.8% de los fallecidos se centran en medicina interna seguido por neurología con 6,17 y neumología 5,44. En el hospital el 4,77% de las altas son por fallecimiento, siendo los servicios con mayor porcentaje, la UCI con 55.9%, oncología con 16,7%, hematología con 10,5% y medicina interna con 11.3%.

DISCUSIÓN

Observamos que el porcentaje de pacientes que fallecen en urgencias se mantiene constante, comparados con otros hospitales de nuestro entorno el porcentaje es inferior (Hospital A: 11%, Hospital B: 10.35%). Lo cual entendemos que, excepto momentos de gran ocupación, la mayor parte de los fallecimientos previstos se dan en un entorno más amable que un servicio de urgencias. Se observa también un crecimiento importante de los fallecidos en el hospital que pudiera ser debido a cambios socioculturales. Por servicios se aglutina el 80% en tres servicios, lo cual podría indicarnos un área de mejora centrandolo la formación sobre los derechos de los pacientes al final de la vida en esos servicios. Otro aspecto de mejora que detectamos es la necesidad de realizar planes de humanización dirigidos a los profesionales de los servicios que presentan una mayor tasa de fallecimientos en relación con sus altas, lo cual pudiera provocar sentimientos de frustración y desesperanza.

NUESTROS CIUDADANOS ¿FALLECEN EN EL HOSPITAL O EN EL DOMICILIO? EVOLUCIÓN 2018-2022.

De Dios del Valle, Ricardo (1); RODRIGUEZ REGO, ROBERTO (2); FERNANDEZ MARTINEZ, PATRICIA (3); FERNANDEZ RON, LUCIA (4); FERNANDEZ QUIROGA, ANA (5); FERRERO OHSE, ROBERTO (3); SUAREZ GARCIA, FRANCISCO (6)

(1) Hospital Universitario San Agustín, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, (3) GERENCIA ÁREA SANITARIA III, (4) CONSEJERIA SALUD, (5) CENTRO SALUD QUIRINAL, (6) FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS

Identificador: 13178

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

INTRODUCCIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria, diferente a las comisiones clínicas de mortalidad de los hospitales. Entre las funciones de la misma se encuentra “conocer el proceso de morir en el área de Salud”. La comisión del área sanitaria fue constituida el 4/04/2022. Entre los primeros pasos y gracias al Observatorio de Muere Digna, así como al Registro de Mortalidad de Asturias iniciaron el trabajo reflexionando sobre el lugar donde fallecen los pacientes del área y características asociadas.

OBJETIVOS

Conocer la evolución del lugar de fallecimiento en los últimos cinco años en el área sanitaria, características asociadas y comparación entre áreas.

MÉTODOS

Diseño: Descriptivo transversal. **Ámbito:** Asturias. Población: pacientes fallecidos. **Período:** 2018-2022. **Variables:** Lugar defunción (hospital, domicilio, sociosanitario, trabajo, otro), edad (00-44, 45-64, 65-74, 75,84, 85-94, +95), sexo, área sanitaria. **Fuente:** Sección de Información Sanitaria (INFORSAN). Registro de Mortalidad de Asturias. DG Salud Pública.

Análisis estadístico: distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS

N=65937 entre 2018-2022 en Asturias. En el área fueron 9160 (13,9%), por grupo de edad 9,16% +95 años, 41,8% de 85-94, 24,6% 75-84 años, 12,5% de 65-74, 10,7% de 45-64 y 1,32% de 0 a 44 años. El 27,93% fallecieron en domicilio, 54,8% en hospital y 11,7% en centro sociosanitario. La distribución del 2018 al 2022 se mantiene estable: domicilio 27,1% vs 27,5, hospital 53,5 vs 55,3, c. sociosanitario 12,2 vs 11,7. Por grupos de edad crece el grupo de +95 (8,23% en 2018 vs 10,9 2022) y de 85-94 (40,9 vs 41,9). Fallecidos en domicilio: 42,2 en a1; 42,2 en a2; 35,6 en a6; 26,3 en a8; 26,2 en a4; 25,5 en a7 y 23,5 en a5.

CONCLUSIONES/DISCUSSION

El número de fallecidos se mantiene estable en los 5 años. En el área creció el porcentaje de fallecidos en los grupos de mayor edad (+95 y 85-94) del 2018 al 2022. En el área la mayor parte fallecieron en el hospital, seguidos por domicilio y centro sociosanitario. La distribución se mantiene estable durante el período de estudio. Comparando el lugar de fallecimiento en las diferentes áreas podemos observar un mayor peso en el domicilio en las áreas rurales, alcanzando un 42,15% en el área 2 frente al 23,5% en el a5. Estas diferencias podrían deberse a diferencias culturales y/o accesibilidad de los centros hospitalarios y centros sociosanitarios.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL NÚMERO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (IPS) REGISTRADAS EN LOS CONCEJOS DE ASTURIAS.

De Dios del Valle, Ricardo (1); TORRES FOLTYN, ANDREA VALERIA (2); FERRERO OHSE, ROBERTO (2); RODRIGUEZ BLANCO, VICTOR MANUEL (3); SALMERON ALVAREZ, MERCEDES (3); HUERTA GONZÁLEZ, ISMAEL (3); RODRIGUEZ REGO, ROBERTO (3)

(1) Hospital Universitario San Agustín, (2) GERENCIA ÁREA SANITARIA III, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

Identificador: 13179

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

INTRODUCCIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria. Entre sus funciones se encuentra generar conocimiento sobre el proceso de morir en cada área. Uno de los objetivos que nos planteamos fue conocer el grado de implantación de las IPs, y de ahí surge este trabajo.

OBJETIVOS

Conocer los factores sociodemográficos que pudieran estar relacionados con el número de IPs activas registradas por concejo.

MÉTODOS

Diseño: Descriptivo poblacional. **Ámbito:** Asturias. **Población:** Concejos. **Período:** Marzo 2022. **Variables:** Variable dependiente: tasa ips/1000 habitantes. Independientes: concejo, nº ips, población padrón, indicadores sociodemográficos del SADEI (densidad de población, edad, tasa extranjería, Índice de juventud, Índice envejecimiento, Índice dependencia, sexo, Tasa natalidad, Tasa mortalidad, saldo vegetativo, Tasa nupcialidad, Tasas migratorias, renta familiar disponible 2018, población >16 años, nivel de estudios, contratos según sector productivo, población activa, parados, empleo). **Fuente:** Registro de Instrucciones Previas de Asturias. SADEI. **Análisis estadístico:** variables cuantitativas media y desviación estándar. Correlación Spearman (correlación fuerte: 0,5-1). Regresión Logística(Enter).

RESULTADOS

N=78 concejos. Nº de IPs Asturias: 9585. Tasa: 9,54. Concejos con menor tasa (0): Villayón, Yernes y Tameza, Taramundi, Somiedo, Pesoz, Peñamellera Alta, Illano. Concejos con mayor tasa: Oviedo (11,95), Gijón (11,82), Villaviciosa (11,01), Ribera de Arriba (10,72), Coaña (10,35), San Martín del Rey Aurelio (9,8), Sobrescobio (9,65). Variables con correlación fuerte >0,6: población(0,6), densidad (0,75), edad media(-0,69), índice de juventud(0,7), índice de envejecimiento(-0,72), parados(0,6), población activa sector construcción(0,6), población activa sector servicios(0,61).

En la regresión lineal el modelo explica el 62% de la variabilidad de la tasa de IPs ($R^2:0.62;p<0.001$). Las variables con mayor peso: Población ($\beta:-3.4;p:0.02$), edad media($\beta:-0.83;p<0.001$), población activa en industria($\beta:-2.3;p:0.01$)

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

Las mayor tasa de IPs se da en concejos con mayor población, más joven y mayor peso de actividad industrial o servicios. No se observan relaciones con otras variables (nivel de estudios o variables económicas). Por tanto, la menor tasa de IPs se asocia a características propias del mundo rural. El modelo explica un 60% de la variabilidad, existen, por tanto, otros factores que dificultan o favorecen el registro de IPs que no dependen de los indicadores sociodemográficos, como pueden ser campañas activas de promoción de las IPs, accesibilidad... y por tanto interesante diseñar intervenciones específicas para entornos rurales y población de mayor. Es necesario seguir investigando para conocer la influencia de otros factores

como los culturales o accesibilidad de servicios.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: ENTRENANDO Y APRENDIENDO... ¡EVERYWHERE!

corro madrazo, patricia (1); oro fernández, maria (2); teja barbero, jose luis (1); Fernández Torre, Óscar (1); Martín Merino, Laura (3); Sommer Álvarez, Enrique (4); Martín Ramos, Noelia (5)

(1) servicio cántabro de salud, (2) Servicio Cántabro de Salud, (3) Gerencia Atención Primaria, (4) Hospital Sierrallana-Tres - Mares, (5) Hospital Comarcal de Laredo

Identificador: 13187

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: RCP, FORMACIÓN, SIMULACIÓN

Introducción

La parada cardíaca es un problema de salud pública que requiere la atención de las administraciones sanitarias. Si aumentara el % de personas que aprenden e inician las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se podrían salvar 100.000 vidas en Europa/año. El Día Mundial de Concienciación del Paro Cardíaco, 16 de octubre, pretende prevenir precozmente el problema. En Europa se producen 350.000 muertes súbitas/año fuera del hospital y en España sobre 30.000, que son casi 1.000 paros cardíacos/día. El 80% de los casos, tienen lugar en el hogar de los pacientes. La media de supervivencia al año está cerca al 10%

Objetivos

1. Sensibilizar a la sociedad y sus agentes sobre la relevancia y repercusiones de la muerte súbita cardíaca
2. Elaborar y difundir las recomendaciones para la práctica de la RCP
3. Impulsar la investigación básica, clínica y epidemiológica en Soporte Vital y RCP

Método

Desde el grupo de mejora, se llevaron a cabo diferentes acciones:

Difusión. Carteles y flyers para profesionales, pacientes y familiares, así como de vídeo con las maniobras RCP. También en RRSS

Talleres RCP para los profesionales y la población, con muñecos para realizar simulación de las compresiones

Curso de RCP para residentes

Instalación de carpa del 061 donde se realizaron talleres dirigidos a la población y alumnos del instituto, con muñecos de simulación Enseñamos y fomentamos el buen desarrollo de la cadena de supervivencia y RCP

En los talleres, se ha encuestado al público para conocer el grado de conocimiento en RCP

Comunicación de resultados y notas de prensa

Resultados

Total encuestas: 141

El 87.2% NO eran profesionales sanitarios

El 53.9% se encontraban entre el rango de edad 18-65 años. Un 37.6% eran menores de edad, esto responde a los alumnos del instituto. El 8.5% mayores de 65 años

Casi una cuarta parte de los encuestados (22.7%) NO conocían el término RCP

El 20.7% se ha visto implicado alguna vez en una situación urgente. Cabe destacar que sólo un 12% son personal sanitario

El 46.8% NO han recibido formación en RCP frente al 47.5% que SI

Más del 90% consideran necesario tener conocimientos en RCP pero un 12,9% NO quiere formarse

Los encuestados exponen la importancia y necesidad de seguir realizando estas iniciativas y comenzar en los colegios o institutos.

Si valoramos menores 18 años:

El 26.4% de ellos NO conocían el término RCP

El 45.2% Sí habían recibido formación en RCP frente a un 39.6% que NO

Todos los menores que se han visto involucrados en una situación urgente, Sí tenían formación previa en RCP

Conclusiones

Si se realizan una serie de acciones encadenadas: cadena de supervivencia, que pueden ser realizadas por la mayoría de las personas, se podría aumentar la supervivencia en 2-3 veces. Sin embargo, estas maniobras sólo se realizan en apenas 1 de cada 5 personas que sufren un paro fuera del Hospital. De ahí la importancia de la educación a la población. Es por ello, que la jornada resultó muy satisfactoria para profesionales y la ciudadanía

Requisitos Técnicos -Implantación de la Norma UNE - EN ISO 15189 en un Servicio de Microbiología

Álvarez Álvarez, Mónica (1); Fernández Verdugo, Ana María (1); Fernández Martínez, Marina (1); González Arbesú, Marta María (1); Fernández Santiago, María Rosario (1); Rodríguez Pérez, Mercedes (1); Llana Velasco, María Eugenia (1)
(1) HUCA

Identificador: 13197

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Norma ISO 15189, Microbiología, Acreditación

INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Microbiología del HUCA, siguiendo la línea del Área de Gestión Clínica (AGC) del Laboratorio de Medicina, toma la decisión estratégica de acreditarse en base a la Norma "UNE-EN-ISO 15189: Laboratorios Clínicos. Requisitos Particulares para la Calidad y la Competencia".

OBJETIVOS:

Implantar los requisitos de técnicos de la Norma UNE-EN-ISO 15189 para acreditar la determinación serológica de Hepatitis, VIH y Sífilis; la determinación de niveles séricos de amikacina, gentamicina, tobramicina y vancomicina; y para los hemocultivos (identificación de patógenos y determinación de sensibilidad).

MÉTODOS:

- Se elaboró documentación técnica (procedimientos/instrucciones) y se implantaron registros que verifican su cumplimiento.
- Se formó específicamente a los responsables en criterios de Norma.
- Se establecieron reuniones cuatrimestrales de seguimiento del Sistema.

RESULTADOS:

5.1 personal: Se estableció un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación y un plan de capacitación para dos áreas específicas (Hemocultivos y Antibiógramas). Se diseñaron registros de cualificación y recualificación basadas en habilidades competencias adquiridas. Se estableció un programa de formación continuada basado en sesiones clínicas semanales.

5.3 equipos: se revisaron los mantenimientos preventivos y correctivos con las casas comerciales de los siguientes autoanalizadores (MaldiTOF - Bruker, Virtuo - Biomerieux, MicroScan - BeckmanCoulter, y Cobas 801 - Roche).

5.4 procedimientos preanalíticos: se actualizó la cartera de servicios incluyendo los tiempos de respuesta y el manual de toma de muestras estableciendo los criterios de aceptación, rechazo y condiciones de envío.

5.5 procedimientos analíticos: Se elaboraron 15 documentos analíticos y un procedimiento de verificación:

- Serología infecciosa y determinación de niveles de antibióticos: se realizaron estudios de precisión (cálculos de coeficientes de variación; error sistemático y error total).
- Hemocultivos: se realizaron estudios de promoción del crecimiento utilizando material de referencia (Cepas ATCC).

5.6 aseguramiento: se establecieron controles internos y se participó en programas de intercomparación externos (SEIMC: identificación mensual, resistencias -trimestral, serología trimestral, EQAS - Biorad- mensual-niveles). Se diseñó un cuadro de mandos.

5.7 procedimientos posanalíticos: Se estableció un procedimiento de notificación de valores urgentes y un registro en Historia Clínica Electrónica (Formulario - Microbiología) y un procedimiento de modificación de informes.

5.8 Informe de laboratorio: Se revisaron los requisitos mínimos, se incluyeron más de 30 comentarios normalizados que facilitan la interpretación de resultados, se rehizo su diseño y se incorporó la marca ENAC.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN.

Tras tres años se obtiene la acreditación por la ENAC en noviembre de 2022 cuyo fin es mejorar la confianza en los resultados y la competencia técnica..

Salud Mental y uso de psicofármacos: ¿Qué opinan los profesionales?

Oro Fernandez, Maria (1); Corro Madrazo, Patricia (1); Teja Barbero, Jose Luis (2); Muñoz Solano, Alberto (3); Garcia Zorrilla, Yolanda (4); Fernandez Torre, Oscar (4)

(1) Área de Calidad y Seguridad del Paciente. Servicio Cántabro de Salud, (2) Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente. Servicio Cántabro de Salud, (3) Servicio Cantabro de Salud, (4) Servicio Cántabro de Salud

Identificador: 13199

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: encuestas, salud mental, psicofármacos

Introducción: Los problemas de Salud Mental y el uso de psicofármacos han aumentado considerablemente los últimos años, agravado por la pandemia. En Atención Primaria (AP) recae la mayor parte de esta asistencia, sobre todo trastornos con sintomatología leve/moderada.

Objetivo: Valorar de forma cualitativa las actitudes del profesional sanitario de Atención Primaria (AP) en la asistencia a pacientes con problemas de Salud Mental (SM), para obtener información útil y real del proceso farmacoterapéutico.

Material y métodos: Estudio transversal en el que, tras diseño y envío de un cuestionario, se valoraron las actitudes de profesionales que participan en la asistencia clínica a pacientes con problemas de SM en AP. Contiene 4 bloques: datos sociodemográficos, actitud profesional, conocimientos y actividad asistencial. Consta de 30 preguntas, de las cuales 12 están relacionadas con el proceso farmacoterapéutico, todas con respuesta obligada y algunas con respuesta múltiple. El cuestionario se envió por correo corporativo y permaneció activo 3 semanas.

Resultados: Respondieron al cuestionario 220 (19,7%) de un total de 1.118 profesionales: 109 médicos, 85 enfermeras y 26 de otras categorías. La mayoría eran mujeres (77%), mayores de 40 años (85%) y llevaban trabajando más de 15 años (79%).

El análisis de conocimientos se catalogó entre 0: no tengo formación y 5: estoy totalmente formado. La valoración media de formación en psicofármacos fue de 1,8. En el uso de benzodiacepinas y opioides fue de 1,9 en ambos. Prácticamente todos los profesionales (96%) quieren recibir más formación en SM.

El 74% consideran la deprescripción como una herramienta útil y segura en el uso racional de los medicamentos. Consideran que se facilitaría con formación específica (195 respuestas), alertas del farmacéutico (122) y con aumento de personal (119).

El 46% de los facultativos prescriben benzodiacepinas en primera línea en trastornos emocionales, el 17% afirma que suelen prescribirlas en la primera consulta y el 84% consideran que las prescriben puntualmente. La resistencia del paciente, la escasez de tiempo y las dificultades en la retirada son los factores que pueden llevar a la prolongación de los tratamientos.

Conclusiones: El cuestionario tuvo una tasa de respuesta similar a otras publicadas y aportó información cualitativa acerca del proceso farmacoterapéutico.

Los profesionales consideran que están poco formados en el uso de psicofármacos y les gustaría formarse. Consideran útil la deprescripción y dan herramientas para implantarla. Los profesionales prescriben benzodiacepinas de forma puntual pero frecuentemente en primera línea. Opinan que el paciente, el tiempo y la retirada son factores que cronifican los tratamientos.

Conocer las necesidades de nuestros profesionales es imprescindible para planificar estrategias dirigidas a mejorar la calidad y la seguridad del proceso farmacoterapéutico.

COMPARTIENDO LA VISIÓN DEL PACIENTE DESDE LA SOMBRA

MONES IGLESIAS, ÁNGEL LUIS (1); García Huergo, Alejandro (2); González Pérez, Eva M^a (2); Izquierdo Barrios, Camino (2); Rodríguez Ramírez, Violeta (2)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA), (2) HUCA

Identificador: 13200

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Paciente visión sombra patient shadowing

Una de las formas de conocer la visión del paciente es la técnica del acompañamiento en la sombra, relacionado con el concepto Lean "Genchi Genbutsu", que propone "ir y ver" donde están sucediendo las cosas para captar lo que aporta o no aporta valor. Ser su sombra para conocer más de cerca su experiencia y detectar posibles áreas de mejora.

Objetivo: Valorar la eficacia de esta metodología

Metodo: Revisión en redes sociales y búsqueda bibliográfica.

Resultados: No aparecen muchos artículos. 16 en Pubmed (patient shadowing[Title/Abstract]); 15 en Google Académico (allintitle: patient shadowing).

En <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/> explican el proyecto piloto llevado a cabo en el Hospital Vall d'Hebron

Conclusiones/discusión:

Se ha de planificar: un área de interés; programar el tiempo; mantener una actitud respetuosa; respetar la confidencialidad; solicitar el consentimiento informado; el paciente debe tener la opción de retirarse del proceso en cualquier momento y sin repercusiones.

En el aspecto cuantitativo se puede documentar cada punto de contacto, el tiempo en cada tramo y en todo el proceso, con cuantos profesionales interactúa..... En el análisis cualitativo se evalúa la vivencia del paciente, sus comentarios, su estado emocional.

Una posible limitación para poner en práctica esta metodología es el efecto Hawthorne en los profesionales, que se da cuando los participantes en un estudio pueden alterar su comportamiento al saber que están siendo observados. Se ha solventado cambiando de observador con cada paciente al que se acompaña.

Respecto al tamaño de la muestra, uno de los principios de este tipo de investigación es la saturación de datos, es decir recoger datos hasta que ya no se obtenga nueva información o esta comience a ser redundante.

Los artículos lo valoran como una herramienta muy eficaz y complementaria a otras opciones como las encuestas; ambas valiosas para evaluar la calidad asistencial. La primera permite una observación directa y detallada, pero puede ser más subjetiva y dependiente del observador, lo que puede dificultar la comparación de los datos recopilados.

Referencias

¹ 1. Avances en gestión clínica: Shadowing para conocer la experiencia del paciente [Internet]. Avances en gestión clínica. 2021 [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/11/shadowing-para-conocer-la-experiencia.html>

² 1. Goodrich J, Ridge D, Cartwright T. A qualitative study exploring patient shadowing as a method to improve patient-centred care: 10 principles for a new gold standard. *Int J Qual Health Care*. 16 de abril de 2022;34(2):mzac018.

³ 1. Liberati EG. What is the potential of patient shadowing as a patient-centred method? *BMJ Qual Saf*. abril de 2017;26(4):343-6.

PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR EN LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Gómez de Oña, Constanza (1); Espinosa Prados, Pedro José (1); Nicieza García, María Luisa (2); Martínez Alfonso, Marta María (3); Fra Yáñez, Javier (4)

(1) Servicio de Farmacia de Atención Primaria, Área V (Gijón), (2) Consejería de Salud, (3) Dirección General de Política y Planificación Sanitarias, Consejería de Salud del Principado de Asturias (Oviedo), (4) Unidad de Farmacia, Servicios Centrales del SESPA (Oviedo)

Identificador: 13201

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Patient care management, pharmaceutical services, primary health care

Introducción

Con la incorporación de nirmatrelvir/ritonavir a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud como nueva alternativa terapéutica frente a la infección por SARS-CoV-2 en abril de 2022, cada comunidad autónoma (CCAA) estableció un circuito de acceso a este tratamiento antiviral. Una vez adquirido de forma centralizada por el Ministerio de Sanidad, nirmatrelvir/ritonavir se distribuyó a cada CCAA en base a criterios poblacionales.

Objetivos

Diseñar e implantar un circuito de prescripción, validación y dispensación de nirmatrelvir/ritonavir en los Servicios de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), siguiendo las directrices establecidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Métodos

En nuestra CCAA, nirmatrelvir/ritonavir se distribuyó y almacenó en los diferentes Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) de las distintas Áreas Sanitarias. Su dispensación, en función del ámbito del médico prescriptor y del horario de asistencia sanitaria, se llevó a cabo en los SFAP y SFH. Los SFAP, a través de un documento normalizado de petición de medicamentos, solicitaban a los SFH correspondientes un pequeño stock de nirmatrelvir/ritonavir cada 2 semanas para atender las prescripciones procedentes de atención primaria (AP).

El médico de AP, ante un paciente con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2 y candidato a tratamiento con nirmatrelvir/ritonavir, se ponía en contacto telemático con el SFAP, que era el encargado de comprobar si el paciente cumplía los criterios y las condiciones de alto riesgo priorizadas por la AEMPS. El farmacéutico revisaba las potenciales interacciones entre la medicación crónica del paciente y nirmatrelvir/ritonavir. Posteriormente, se le comunicaba al médico si el paciente era apto o no para recibir el tratamiento antiviral. Si el médico responsable decidía prescribir el tratamiento con nirmatrelvir/ritonavir, el paciente acudía al SFAP con una receta médica para que el farmacéutico de AP le dispensase el tratamiento.

La dispensación del tratamiento en los SFAP se realizaba de lunes a viernes, de 8:00h a 15:00h. Los pacientes procedentes de AP fuera de ese horario y durante el fin de semana, debían acudir al SFH.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre el 28/03/2022 y el 04/03/2023 se dispensaron un total de 122 envases de nirmatrelvir/ritonavir en nuestra CCAA, de los cuales 55 (45,1%) fueron dispensados en los SFAP.

Respecto a las dispensaciones de nirmatrelvir/ritonavir en los SFAP desglosados por Área Sanitaria, el Área V fue el área donde más envases se dispensaron, con un total de 17. Le siguieron el Área III con 11 envases, el Área VI con 10, las Áreas I

y IV con 8 envases cada una y el Área II con 1 envase. En las Áreas VII y VIII no se dispensó ningún envase de nirmatrelvir/ritonavir desde el SFAP.

Conclusiones

Este modelo es aplicable y extrapolable a otros SFAP pertenecientes a otras CCAA.

ALGORITMOS, TECNOLOGÍA E IMAGINACIÓN

*Cruz Sosa, Eva María (1); Rubio Muñoz, Antonio (1); Jativa Quiroga, Victoria (2); González Rodríguez, María (1);
Blanco Arnáiz, Rosario (1); Díaz Rodríguez, María Begoña (1)*

(1) HUCA, (2) huca

Identificador: 13204

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: Compra Pública Innovadora Innovación Tecnología

Titulo: ALGORITMOS, TECNOLOGÍA E IMAGINACIÓN

Introducción:

El informe "Perfil Tecnológico Hospitalario en España" de (Fenin), incide en la necesidad de renovar el equipamiento tecnológico sanitario en nuestro país.

El Gobierno trabaja este aspecto mediante el Plan INVEAT, en el marco de financiación de los Fondos Europeos Next Generation EU. Prevé renovar parte del equipamiento de alta tecnología hasta el año 2023

En la Administración del Principado de Asturias se ha puesto en marcha por la Consejería de Ciencia, Innovación y Universidad un programa cuyo objetivo es velar por el impulso de la Compra Pública Innovadora (CPI).

Objetivos:

- Conocer la colaboración público privada en el desarrollo de la I+D+i
- Dar a conocer CPI (actuación administrativa de fomento de la innovación, orientada a potenciar el desarrollo de soluciones innovadoras desde el lado de la demanda, a través del instrumento de la contratación pública.
- Identificar las posibilidades que la herramienta ofrece y opciones de contratación en las que se materializa
- Poner en valor la CPI para la contratación pública de soluciones innovadoras

Métodos:

La CPI se materializa en las siguientes actuaciones:

1. Compra Pública Precomercial (CPP)
2. Compra Pública de Tecnología Innovadora (CPTI):
3. Asociación para la innovación, combinación de las dos anteriores

Resultados:

La CPI es una herramienta muy efectiva para:

- Adquirir bienes o servicios novedosos, mejorar los servicios públicos, fomentar y financiar la I+D empresarial, impulsar la transferencia científica de la innovación.
- Respaldado por programas europeos de financiación.
- Colaboración público-privada, la Administración como cliente tecnológico que favorece el desarrollo y la creación de nuevos mercados innovadores, convirtiéndose en una clave de fomento y financiación de la innovación regional.

- Estímulo de la innovación en el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación 2018-2022 y en la Estrategia de Especialización Inteligente del PA (Asturias S3).
- Facilitar desde el lado de la demanda, que las empresas y los agentes de I+D+i apuesten por el desarrollo de soluciones innovadoras.
- Permite que las empresas y agentes de conocimiento acceden a financiación y espacios de pruebas de sus desarrollos innovadores,
- Mejorar los servicios públicos, palanca para la innovación, capaz de movilizar fondos públicos y privados para proyectos relevantes con impacto en la región, consiguiendo crear un ecosistema que atraiga talento e inversiones que conseguirán mejorar el nivel de desarrollo económico y redundarán en una mejora de la calidad de vida para la ciudadanía.

Conclusiones

Se debe promover, impulsar y conseguir implementar un modelo de innovación abierta en la que participen el mayor número de profesionales posible, propiciar un ambiente de colaboración y comunicación. Reuniones de trabajo conjuntas, jornadas de divulgación, facilitarán la identificación de necesidades.

Requisitos de Gestión-Implantación de la Norma UNE - EN ISO 15189 en un Servicio de Microbiología

Fernandez Verdugo, Ana María (1); Álvarez Álvarez, Monica (1); Rosete Uria, Yaiza (1); Gutierrez Allende, Almudena (1); Gonzalez Moreno, Pablo (1); Campillo Martín, Concepción (1); Llana Velasco, María Eugenia (1)

(1) HUCA

Identificador: 13205

Tipo de comunicación: Comunicación Oral

Área temática: No área temática

Palabras clave: Norma ISO 15189, Microbiología, Acreditación

INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Microbiología del HUCA, siguiendo la línea del Área de Gestión Clínica (AGC) del Laboratorio de Medicina, toma la decisión estratégica de acreditarse en base a la Norma "UNE-EN-ISO 15189: Laboratorios Clínicos. Requisitos Particulares para la Calidad y la Competencia".

OBJETIVOS:

Implantar los requisitos de gestión requeridos por la Norma UNE-EN-ISO 15189 con el fin de acreditar las siguientes determinaciones microbiológicas: serología infecciosa, niveles séricos de antimicrobianos y hemocultivos.

MÉTODOS:

Se implantó un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) utilizando como base el ya existente en el AGC y se desarrollaron dentro del Sistema de Información del Laboratorio (SIL) -GestLab tres módulos: a) difusión de la documentación, b) gestión de incidencias preanalíticas-analíticas-postanalíticas y c) gestión de equipos.

La selección del alcance de la acreditación se realizó en base al grado de automatización, el compromiso con la organización de los profesionales implicados y su competencia técnica.

RESULTADOS:

Responsabilidades:

Se definieron las siguientes responsabilidades específicas: Responsable de Calidad, Responsable de Gestión de Equipos, Responsable de Calidad preanalítica y Responsables Técnicos.

Gestión de la documentación:

Para poder dar soporte al sistema se elaboró la siguiente documentación y se difundió en el módulo del SIL-GestLab:

- Un Manual de Calidad (con perfiles de puesto y organigrama).
- Documentación: Procedimientos de Acreditación para el cumplimiento de requisitos de gestión (13 documentos); Procedimientos Técnicos Generales comunes (17 documentos); Procedimientos Normalizados de Trabajo específicos de cada área analítica (17 documentos); Procedimientos de Gestión de Equipos y Procedimientos de Gestión de Personal (11 documentos).

Gestión de equipos:

- Inventario: El SIL- GestLab dispone de un módulo de instrumentos y se inventarion el 100% de los equipos del Servicio.
- Planes de calibracion/verificación: de acuerdo con el Servicio de Electromedicina se implantan planes de calibracion de pipetas volumétricas, planes de verificación de medios isotermos (estufas, neveras, congeladores,

ultracongeladores y bloques térmicos) planes de verificación de campanas de bioseguridad.

Plan de auditorías - No conformidades (NC) y Plan de Acciones Correctivas (PAC)

- Auditoría interna: se realizó en abril de 2021 por un auditor experto en colaboración con la Unidad de Calidad del Hospital de Jove y según planificación del AGC: se detectaron 8 NC.
- Auditoría externa: se realizó mayo de 2022 por la ENAC y se detectaron 9 NC: 2 mayores relativas a: 1) control de temperatura de las muestras y 2) al aseguramiento de la validez de los análisis (programas de intercomparación).
- Tras una aclaración de PAC se procedió a su aceptación.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN.

Tras tres años se obtiene la acreditación por la ENAC en noviembre de 2022 siendo el primer Servicio de Microbiología del Principado de Asturias en obtener este reconocimiento.

¿NOS PODEMOS ACERCAR A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DESDE EL ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES?

PEDRAYES GONZÁLEZ, SILVIA (1); RODRIGUEZ REGO, ROBERTO (1); De Dios del Valle, Ricardo (2); MAJADO VILLAVERDE, MARÍA MONTSERRAT (1); GARCÍA ARIAS, NURIA ESTHER (1); GARCÍA PEÑA, MARIA FLORENTINA (1); TOIMIL PÉREZ, MARÍA ÁNGELES (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, (2) Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 14277

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

INTRODUCCIÓN

La Ley de Sanidad recoge “el derecho a formular quejas, reclamaciones o sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios”. Las reclamaciones son fuente de información para conocer las expectativas de los pacientes.

Es el primer germen de la introducción de las expectativas del paciente en los resultados de los sistemas sanitarios. Desde ese momento es clave en los planes de humanización de los servicios de salud. En el Plan de Humanización de Asturias (2021) es línea estratégica y expone: “La democratización del Sistema Sanitario solamente es posible si la corresponsabilización y la colaboración de pacientes, usuarios/os y de las asociaciones que las/os representan, alcanza las diferentes formas de participación y supone la implicación de éstas en la gestión de las instituciones sanitarias” (Blancafort).

Actualmente desarrollamos estrategias con PREMs y PROMs para valorar los servicios sanitarios; pero, a pesar de la moda, hemos abandonado analizar las reclamaciones presentadas por pacientes y familiares.

Con el objetivo de generar conocimiento a partir de las reclamaciones, surge el trabajo.

OBJETIVOS

Analizar las reclamaciones presentadas en los últimos 4 años en el área, y el impacto de la pandemia en las mismas.

MÉTODOS

Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria (AP) y Hospital (H). Población: reclamaciones presentadas. Período: 2019-2022. Variables: año, mes, ámbito asistencial, unidad clínica, estamento, motivo, reclamante, contestadas, tiempo de respuesta. Análisis estadístico: distribución frecuencias, media y desviación estándar.

RESULTADOS

N= 2753 reclamaciones/4 años. 78,9% sobre H, 20,7% AP. Por años: 32,9% en 2019; 17,9% en 2020; 17,1% en 2021; 32,1% en 2022. De Octubre-diciembre representa el 29,9%, seguidos por enero-marzo: 25,8%, julio-septiembre (22,7) abril-junio (21,14). El 91,6% de las reclamaciones en H son sobre ámbito médico, 76,7% en AP. El motivo principal en H: lista de espera (44,8%), en AP, disconformidad con la atención recibida (37,02%). El 86,7% las presenta el paciente. Se respondió el 98,33%. Evolución del 2019-2022: incremento del peso de las quejas por lista de espera en H, 30,9% en 2019 a 44,72% en 2022. El % de respuesta se redujo en pandemia, 99,9 en 2019 y 2022 vs 95,9% en 2020;. Se incrementó el % de reclamaciones del propio paciente en pandemia: 83,3% en 2019 87,9% en 2022 vs 89% (2020) 91% (2021).

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

El análisis de las reclamaciones es útil en la valoración de las expectativas del paciente. Para ello deberíamos diseñar un sistema de registro que permitiera la explotación. Dominan quejas sobre H y colectivo médico, los motivos difieren según AP-H, siendo lista de espera protagonista en H y disconformidad en la atención en AP, lo cual puede significar que hay expectativas diferentes en la relación de los pacientes con AP y H. Entre 2019 y 2022 hay cambios llamativos, se reducen en pandemia las quejas, se incrementan tras pandemia por listas de espera.

CALIDAD EN EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

Martínez Jambrina, Juanjo (1)

(1) Hospital San Agustín

Identificador: 14545

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: tratamiento asertivo comunitario, ETAC, psicosis, escalas de fidelidad

El tratamiento asertivo comunitario es una variante de la asistencia psiquiátrica para pacientes diagnosticados con procesos psicóticos graves y persistentes que tienen dificultades para mantener su vinculación con su tratamiento bien sea por problemas sociales, por la gravedad clínica de su problema o por la falta de apoyos familiares o de allegados.

Un ETAC es un equipo multiprofesional compuesto por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, trabajo social, terapeutas ocupacionales, etc. que desarrollan su trabajo principalmente en el entorno más cercano del paciente, bien sea en su domicilio o en los lugares frecuentados habitualmente por el usuario.

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es una manera diferente de abordar al enfermo, su relación con la sociedad y los medios

asistenciales que cubren sus necesidades y que se centra en un abordaje

interdisciplinario ofreciendo cuidados de tratamiento, rehabilitación, apoyo y

soporte social (Martínez Jambrina y Peñuelas, 2007) y como Marshall y

Lockwood (1998) señalan en la Colaboración Cochrane, está avalado por su efectividad.

El objetivo del TAC es lograr un funcionamiento del paciente lo más adecuado

posible utilizando sus recursos y capacidades para alcanzar la recuperación y reinserción social (Martínez Jambrina y Peñuelas, 2007).

Allmes y Knoedler (2003) identificaron unos estándares mínimos de calidad para el

funcionamiento del programa. Estos autores mantienen que los estándares persiguen varias cosas, por un lado identificar a quien va dirigido el programa, los servicios que se

necesitan, el personal que se requiere y los resultados que se pretenden

alcanzar para los pacientes del TAC.

También los ETAC que trabajan en Ontario, Canadá lo hacen bajo unos criterios de calidad bastante definidos.

Pero generalmente la valoración funcional de un ETAC suele hacerse a través de la escalas que miden la fidelidad al modelo original, que son la TMACT en el caso de Estados Unidos o la F-ACT scale en el modelo FACT holandés que tiene diferencias con el modelo original y más difundido pero no en lo sustancial.

HIPÓTESIS

El desarrollo de los modelos para medir la calidad en la asistencia psiquiátrica, en general, es bastante deficitario. Pero el tema se complica más a medida que nos adentramos en el campo de la rehabilitación psiquiátrica, en la prevención terciaria, que es donde operan la mayor parte de los ETAC. La hipótesis es que no podemos confundir escalas de fidelidad con escalas que miden la calidad de las intervenciones de un dispositivo de alta movilidad en sus intervenciones.

Está claro que las escalas de fidelidad deben ser claras para permitir la comparación entre ETAC distintos y delimitar el concepto ETAC.

Pero la medición de la calidad se queda corta también con los estándares clásicos.

OBJETIVOS

Revisar los estándares ahora vigentes

Hacer un planteamiento de las dimensiones que pensamos deben ser incorporadas para desarrollar un sistema de medición de la calidad de las intervenciones de un equipo multiprofesional basándonos en el modelo de evaluación de la calidad en sanidad desarrollado en el Servicio de Salud del Principado de Asturias que nosotros hemos utilizado para el desarrollo de las unidades de gestión clínica.

DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE INICIATIVAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN EL ÁREA SANITARIA IV

Natal Ramos, Carmen (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias

Identificador: 14873

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: planificación estratégica

Julio Cesar Alonso Lorenzo

Abraham Álvarez Varela

Eva Cruz Sosa

Alberto Fernández León

Angel Luis Mones Iglesias

Carmen Natal Ramos

Juan Orviz González

Área Sanitaria IV.

INTRODUCCION

El plan estratégico del área tiene una revisión anual a partir de la cual se formulan los cambios necesarios que se concretan en una serie de iniciativas y proyectos anuales que constituyen la cartera de iniciativas, como instrumento para gestionar el despliegue de las estrategias del área.

Con estas acciones se abordan temas de relevancia estratégica cuya gestión ha de ser desarrollada por el conjunto de la organización y con una perspectiva de complementariedad. Su despliegue es un prerequisite para el éxito en la ejecución del plan.

OBJETIVO

Describir el despliegue y seguimiento de las iniciativas derivadas del plan estratégico del ASIV.

METODO

Las acciones se concretan como proyecto o como iniciativas, estas últimas se componen de varios proyectos, que se describen como una secuencia temporal de acciones.

El diseño y desarrollo de las iniciativas debe ser posible formularlas en un formato A3 y los proyectos en un cronograma de actividades.

Para cada proyecto anual se establece un plan de trabajo que incluye los objetivos, las acciones, los indicadores de evaluación y el calendario de implantación.

En cuanto a las personas con responsabilidad en la gestión se establecen las siguientes figuras: Patrocinador: Gerencia y direcciones del Área, que aprueban la iniciativa y su plan de trabajo. Gestor. Subdirecciones del Área que asumen el liderazgo de cada iniciativa o proyecto. Facilitadores. Profesionales de apoyo a la dirección que realizan el seguimiento y

dinamización de las actividades.

Se establecen además del cierre anual revisiones trimestrales.

RESULTADOS

En 2023 se han desplegado 33 acciones, el 50% de las cuales (16) tienen formato de iniciativa. Se han constituido diez grupos específicos de mejora.

En la evaluación del primer trimestre se han obtenido los siguientes resultados: nueve acciones finalizadas o desplegadas de acuerdo al cronograma establecido, 14 acciones en las que se está trabajando pero tienen desajustes, 5 acciones cuyo despliegue está interrumpido y 5 acciones cuyo despliegue no se ha iniciado.

DISCUSIÓN

Las dificultades que supone la magnitud del despliegue de los planes estratégicos llevan con frecuencia a su reformulación con un seguimiento y evaluación someros.

La aplicación de una metodología estructurada permite reducir algunas de estas dificultades: facilita la gestión y el seguimiento de las acciones planificadas y permite, a corto plazo, revisar la pertinencia de las acciones formuladas de acuerdo a criterios de factibilidad.

LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA SANITARIA IV

Natal Ramos, Carmen (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias

Identificador: 14876

Tipo de comunicación: Comunicación Oral Breve

Área temática: No área temática

Palabras clave: participación profesional Comisiones clínicas

Laureano Alonso Calo

Juan Orviz González

Ana María González Pérez

Alberto Fernández León

Carmen Natal Ramos

Área Sanitaria IV.

INTRODUCCION

El trabajo en equipo, la perspectiva de área y el paciente en el centro del sistema son valores establecidos en el plan estratégico del Área Sanitaria IV (ASIV). La mejora continua hace necesarios grupos de profesionales que asesoren a la dirección en el abordaje de diversos aspectos de carácter técnico y apoyen la implantación de iniciativas. Reconociendo esta realidad, en el ASIV se constituyen diferentes grupos de trabajo cuyo alcance trasciende las unidades organizativas definidas en el organigrama, como las comisiones, los comités y los grupos de mejora.

OBJETIVO

Describir los criterios para la definición de los diferentes grupos de trabajo y publicar el catálogo

METODO

1.- Criterios para la definición de los grupos de trabajo

Carácter temporal: Permanentes/limitados en el tiempo

Ámbito de trabajo: aspectos clínicos/aspectos organizativos

Tipo de Asesoramiento: Clínico/estratégico

Promoción: Normativa/Iniciativa propia

Según estos criterios definimos

Comisiones Clínicas: Órganos permanentes de asesoramiento estratégico a la Dirección en aspectos relevantes del proceso clínico o asistencial. Pueden o no estar regulados por normativa específica. Elaboran protocolos o evalúan aspectos específicos de la atención.

Comités clínicos: Órganos permanentes de asesoramiento clínico a profesionales, en el ámbito de la práctica clínica individualizada sobre pacientes concretos. Tienen una agenda de casos para discusión y registran sus decisiones en la historia clínica.

Comisiones organizativas: su ámbito de actuación es organizativo o de gestión.

Grupos de mejora: Tienen una duración limitada en el tiempo y su objetivo es la implantación de un proyecto de mejora.

2.- Procedimiento de constitución y funcionamiento

3.- Registro

El Servicio de Calidad asume la secretaria técnica de las Comisiones y Comités, mantiene el registro y certifica la participación de los profesionales en las mismas.

RESULTADOS

El Catálogo de Comisiones y Comités cuenta con 14 Comisiones Clínicas, cinco Organizativas y cuatro reguladas por normativa específica. Respecto a los Comités: Uno regulado por normativa específica y 17 Comités Clínicos constituidos por iniciativa profesional. En ellos participan 667 profesionales .

Aunque no se lleva registro de los grupos de mejora, que tienen una gran variación temporal, en el desarrollo del plan estratégico 2022-2025 están trabajando actualmente diez grupos de mejora.

DISCUSIÓN

Dado que la calidad de la asistencia sanitaria no depende únicamente de los profesionales sanitarios ni de las actividades relacionadas con la práctica clínica, sino que hay una interdependencia que hace imprescindibles las actividades multidisciplinares organizativas y de gestión, para mejorar los resultados.

El volumen elevado de profesionales implicados es un indicador indirecto de la participación y del trabajo en equipo en el ASIV.

