

# **XXIV Congreso de la Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias**

"Nuevos retos del SNS: Un abismo lleno de oportunidades"

## Tabla de contenidos

1. DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN SOBRE VACUNAS ENTRE PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS Y PROFESIONALES SANITARIOS .....	4
2. DIGITALIZACION DE LA ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA: CUIDANDO LOS PACIENTES DERIVADOS A NUESTRO HOSPITAL ....	6
3. ¿HAY CALIDAD ASISTENCIAL EN LA MEDICINA PREVENTIVA? .....	8
4. CIRCUITOS DE VACUNACIÓN ESPECIALIZADA .....	9
5. La autoevaluación continua de higiene de manos como práctica de excelencia en seguridad del paciente .....	10
6. CONTROL DE CALIDAD EN REPROCESADO DE ENDOSCOPIOS: REALIZACIÓN DE CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y TRAZABILIDAD DE DESINFECCIÓN .....	11
7. MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL: IMPLEMENTACIÓN DE LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN ENDOSCOPIA . VALORACIÓN DE USO Y UTILIDAD. ....	13
8. GESTIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. GOBERNANZA CLÍNICA. OBJETIVOS EN EL PACIENTE ....	15
9. PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE EXCELENCIA: EXPERIENCIA INTEGRADORA DE TRABAJO EN EQUIPO, CALIDAD, HUMANIZACIÓN Y CUIDADOS .....	17
10. CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLÓGICO DE AGUA Y LÍQUIDO DE HEMODIÁLISIS EN EL ÁREA SANITARIA VII .....	19
11. VENTAJAS DE REALIZAR LA SEROLOGÍA DE HTLV Y LA CUANTIFICACIÓN DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE VHB EN MICROBIOLOGÍA DEL HUCAB .....	21
12. A PROPÓSITO DE UN CASO “DE CASOS”: LA CALIDAD ASISTENCIAL NO CONOCE PUNTOS Y APARTE. ....	23
13. IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN DE DISLIPEMIAS .....	24
14. UNA ATENCIÓN DE CALIDAD: 24/7 EN LOS SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA .....	26
15. GESTIÓN DE LAS E.D.O. EN ECAP: INFORMACIÓN DE BAJA CALIDAD PARA UN ELEMENTO BÁSICO DE LA SALUD PÚBLICA .....	28
16. A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA COMUNIDAD: "COORDINARSE ES CALIDAD" .....	30
17. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE VACUNAS DEL HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA .....	32
18. P3T:Seguridad del paciente y calidad asistencial con uso de un programa para la gestión de dosis de contraste en angioTC. ....	34
19. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA EN LA UNIDAD DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ASTURIAS .....	35
20. CALIDAD ASISTENCIAL EN SCREENING DE CÁNCER DE MAMA: VALOR DE LA TOMOSÍNTESIS Y DIAGNÓSTICO ASISTIDO POR ORDENADOR. ....	37
21. IMPLANTACIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE HIDRATACIÓN .....	39
22. UTILIDAD DE LAS ALERTAS DE DOSIS DE RADIACION DE NUESTRA PLATAFORMA DE DOSIS EN TC .....	41
23. ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN TC CON LA AYUDA DE UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE DOSIS .....	43
24. GESTANDO SALUD, UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO .....	45
25. Experiencia con Ratenow en HUCA 2022-2023 .....	47
26. ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA ERCA CON LA HERRAMIENTA GMA .....	50
27. EL PAPEL DEL SERVICIO DE OPTOMETRÍA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA .....	52
28. EL CONTROL DEL ENTORNO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITAL VALLE DEL NALÓN 2023 .....	54
29. Infecciones de transmisión sexual no inmunoprevenibles y uso del preservativo en la PrEP de Asturias .....	56
30. REORGANIZACIÓN DE LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS, BASADA EN LOS TURNOS DE ENFERMERÍA, PARA MEJORAR LA ADHERENCIA .....	57

31. Mejora del proceso de Cardioversión Eléctrica Programada en Urgencias .....	59
32. COMPARACIÓN DE LOS DATOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL ÁREA SANITARIA I CON EL RECALMIN 2023 .....	61
33. ADSCRIPCIÓN Y LIDERAZGO DE UN HOSPITAL DE 3º NIVEL AL PROGRAMA DE SANIDAD POR EL CLIMA. UN PROYECTO INNOVADOR. ....	63
34. PROTOCOLIZACIÓN E INTEGRACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA PROFILAXIS DE ÚLCERAS POR ESTRÉS EN PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO .....	65
35. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOLÓGICA .....	67
36. Análisis de un evento adverso relacionado con la medicación. ....	69
37. LIDERANDO UN PLAN DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL PARA REDUCCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO EN AREA SANITARIA IV. PROYECTO HUCA. ....	71
38. La información de Calidad y Seguridad en el punto de uso .....	73
39. “El profesional sanitario como segunda víctima de un evento adverso: un estudio en redes sociales” .....	75
40. Cribado de Staphylococcus aureus meticilín resistente en Traumatología: puesta en marcha y resultados iniciales .....	77
41. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA DEMORA MEDIA EN CONSULTAS DESDE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (SAC). ....	78
42. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS REPROGRAMACIONES DE CONSULTAS EN UN HOSPITAL .....	79
43. ANÁLISIS DE LAS SOLICITUDES DE CONSULTAS EXTERNAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: PERSPECTIVA "AGUAS ARRIBA" .....	80
44. EVOLUCIÓN LISTA DE ESPERA TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS: RESONANCIA MAGNÉTICA. ....	81
45. ANÁLISIS DE URINOCULTIVOS COMO BASE PARA LA OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA ITU EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	82
46. Proyecto para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores .....	83
47. EFECTOS DE LA REPRESENTACIÓN SINDICAL EN LA SALUD LABORAL Y CALIDAD ASISTENCIAL .....	85
48. APLICACIÓN DEL MODELO DE LOCALIZACIÓN BASADO EN EL COSTE DE DISTRIBUCIÓN DEL PRODUCTO .....	87
49. APLICACIÓN DEL MODELO DEL CICLO DE VIDA DE UN PRODUCTO AL ÁMBITO SANITARIO. ....	88
50. IMPLANTACION DEL ALGORITMO 0/1 y 0/2 HORAS EN LA DETERMINACIÓN SERIADA DE TROPONINA T EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO .....	90
51. Clima laboral: Un trabajo de todos. ....	92

# DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNICACIÓN SOBRE VACUNAS ENTRE PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

María Fernández-Prada (1), Paula Cienfuegos-González (1), María José Zapico-Baragaño (1)

(1) Hospital Vital Álvarez Buylla

**Identificador:** 1

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Buenas prácticas, comunicación, vacunas, inmunodeprimido

**Introducción:** se ha demostrado que las personas informadas toman mejores decisiones sobre estilos de vida saludables, incluyendo la vacunación. La comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y los pacientes inmunodeprimidos sobre vacunas y otras estrategias complementarias favorecerá la sensibilización del paciente sobre su enfermedad y contribuirá a mejorar su autoprotección.

**Objetivos:** exponer y compartir con la comunidad de profesionales sanitarios un “Decálogo de buenas prácticas en comunicación sobre vacunas entre pacientes inmunodeprimidos y profesionales sanitarios”.

**Métodos:** se ha elaborado un decálogo de buenas prácticas (BP) sobre la prevención de infecciones en los inmunodeprimidos. Se trata de una herramienta dirigida a los profesionales sanitarios para reforzar las BP sobre comunicación sanitaria avalados por la evidencia científica, especialmente en los pacientes de riesgo.

**Resultados:**

**BP 1: CLARIDAD Y SENCILLEZ.** Utilicemos un lenguaje claro y sencillo, evitando términos médicos complejos.

**BP 2: INFORMACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA.** Proporcionemos información actualizada basada en la evidencia científica sobre las vacunas: beneficios, riesgos y las posibles reacciones adversas.

**BP 3: EMPATÍA Y APOYO.** Demostremos empatía hacia las preocupaciones o miedos del paciente sobre su enfermedad y la vacunación, ofreciendo apoyo emocional y comprensión.

**BP 4: INDIVIDUALIZACIÓN DEL MENSAJE.** Adaptemos la comunicación a las necesidades específicas de cada paciente considerando su historial médico, la posología de sus tratamientos, su estado de inmunodepresión y otros fármacos relevantes.

**BP 5: FOMENTAR EL DIÁLOGO ABIERTO.** Animemos al paciente a hacer preguntas y expresar sus preocupaciones, fomentando un diálogo abierto y bidireccional.

**BP 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Aseguremos que el paciente recibe toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre su vacunación y respondamos todas sus preguntas.

**BP 7: RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.** Respetemos las decisiones del paciente, incluso si decide no vacunarse después de haber recibido toda la información.

**BP 8: SEGUIMIENTO Y APOYO CONTINUO.** Ofrezcamos al paciente seguimiento después de la vacunación para manejar cualquier efecto secundario y proporcionemos apoyo en el manejo de su salud.

**BP 9: PREVENCIÓN DE INFECCIONES.** Además de la vacunación, eduquemos al paciente sobre otras medidas preventivas para reducir el riesgo de infecciones, reforzando la importancia de un enfoque integral.

**BP 10: MÁS CONFIANZA EN LAS VACUNAS.** Trabajemos para aumentar la confianza del paciente en las vacunas y el proceso

de vacunación, destacando su papel crucial en la protección de las personas inmunodeprimidas y en situaciones especiales.

Conclusiones: el presente decálogo se plantea como una herramienta para la mejora de la comunicación entre los profesionales sanitarios y las personas inmunodeprimidas cuya difusión puede contribuir a que los mensajes de la medicina preventiva sean más eficaces.

# DIGITALIZACION DE LA ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA: CUIDANDO LOS PACIENTES DERIVADOS A NUESTRO HOSPITAL

LUIS GUTIERREZ ALVAREZ (1), M<sup>a</sup> BEGOÑA ALVAREZ MUÑOZ (1), JOSE ANTONIO GONZALEZ SANCHEZ (1), SUSANA RUBIO CANAL (1), MARIA DEL MAR CONESA LOPEZ (1), ANGEL CARTON VAZQUEZ (1)

(1) FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

**Identificador:** 2

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; Continuidad asistencial; Accesibilidad; Eficiencia; Control de proceso; Trazabilidad; ERP;

## INTRODUCCIÓN

La actividad complementaria que se deriva al Hospital de Jove incluye pruebas diagnósticas, consultas y actividad quirúrgica. Ésta se registraba de forma manual en Excel. El resultado de la realización de la actividad derivada se comunicaba tanto a servicios centrales del SESPA (en adelante SESPA), como al hospital de origen del paciente, así como a nivel interno de Jove. Este Excel evolucionó a una base de datos (Access) que generaba informes para facilitar el control. A medida que el volumen de esta actividad crecía el Access funcionaba de forma más dificultosa y esto generaba problemas en la gestión y el control de los procesos. Durante más de un año se trabajó hasta conseguir un software Enterprise Resource Planning (ERP) adaptado a las necesidades.

## OBJETIVOS

- Transformar digitalmente la gestión de la Actividad Complementaria derivada desde el SESPA al Hospital.
- Facilitar una herramienta ágil que ayude a la gestión de la actividad asistencial y sirva de apoyo a la gestión económica de la actividad complementaria y ofrezca información sobre la situación de dicha actividad a terceros.
- Disponer de informes de situación de los procesos derivados para rendir cuentas ante el SESPA.

## MATERIAL

- Consultoría tecnología de la información.
- Software: ERP.
- Hardware: Ordenadores con capacidad de instalación de ERP.

## MÉTODOS

Se desarrolló todo el trabajo técnico, con revisiones permanentes por parte del Hospital y de la Consultora, realizándose una instalación en pruebas, que cuando se comprobó la completa funcionalidad, se procedió a la migración del contenido de la base de datos "antigua" (Access) al ERP. Éste ha ido evolucionando con modificaciones que cubren las necesidades de las distintas partes interesadas (Hospital y SESPA).

## RESULTADOS

El ERP (Dynamic 365 Business Central), se caracteriza por contemplar una serie de actividades ligadas a diferentes roles definidos previamente y en la que todos los registros que se realizan en la aplicación son trazables. Dichas actividades se muestran en formato de listas, con la posibilidad de realizar informes predefinidos o configurables por cada usuario que se pueden compartir con otros usuarios. Desde el ERP se importa automáticamente la actividad derivada por parte del SESPA, eliminando la intervención humana en el registro y limitando la posibilidad de error. Dentro de la gestión de la exportación de actividades, necesaria para informar al SESPA y a los hospitales que derivan la actividad, la herramienta permite la generación de ficheros para su envío posterior a través de correo electrónico.

## CONCLUSIÓN

La digitalización del proceso de actividad complementaria ha supuesto mejoras relativas a:

- Seguridad del paciente
- Continuidad asistencial
- Accesibilidad de la información relativa a la actividad complementaria por parte de los profesionales del Hospital;
- Explotación de datos;
- Agilidad en las tareas;
- Control del proceso de actividad complementaria; y
- Trazabilidad de las operaciones realizadas.

## ¿HAY CALIDAD ASISTENCIAL EN LA MEDICINA PREVENTIVA?

Cristina Paniagua Alcaraz (1), María Checa Gil (1), Manuela Augusto Valdés (1), Ismael Huerta Gonzalez (1), Marua Baba Boto (1), Nuria Gonzalez Muñiz (1), Angeles Monteserin Rodriguez (1)

(1) Hospital Universitario San Agustín

**Identificador:** 3

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Calidad asistencial; Medicina Preventiva

**Introducción.** La calidad asistencial (CA) es una medida transversal que utiliza los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en salud. La medicina preventiva (MPR) es una especialidad médica, que en el ámbito hospitalario, elabora, asesora, implementa y analiza las actividades de vigilancia, prevención y control de la infección, además participa en la calidad y adecuación de la actividad sanitaria. El estudio del vínculo entre la CA y la MPR puede resultar de interés.

**Objetivos.** Identificar la representatividad de la CA en la MPR.

**Métodos.** Se definieron 9 dimensiones para expresar la CA: D1) Calidad científico técnica (toma de decisiones); D2) Efectividad clínica (prestación adecuada); D3) Eficiencia (uso adecuado de recursos); D4) Accesibilidad (equidad, disponibilidad y oportunidad de la atención); D5) Satisfacción del usuario; D6) Aceptabilidad (satisfacción + adhesión); D7) Adecuación; D8) Continuidad; y D9) Seguridad clínica. Se identificaron los constituyentes de cada dimensión según el manual de calidad asistencial del SESCAM, y se revisó su representatividad en los la cartera de servicios de MPR de un área sanitaria.

**Resultados.** Se identificaron 20 procesos vinculados a las dimensiones de la CA, alineados a la MPR de la siguiente forma: a) Protocolos, algoritmos, guías propias (D1 al D3 y D9); b) Asesoramiento protocolos, algoritmos, guías (D1 al D3 y D9); c) Notificaciones técnicas de adecuación de uso de material preventivo (D1, D3 y D9); d) Asesoramiento evaluación técnica a otros servicios (D1, D3 y D9); e) Recomendaciones clínicas en la historia del paciente (D1 al D3 y D-9); f) Sesiones propias (D1, D3 y D9); g) Sesiones en otros servicios (D1, D3 y D9); h) Colaboración multidisciplinar (D1 al D3 y D9); i) Participación comisiones (D1, D4 al D9); j) Docencia, formación continuada (D1, D3 y D9); Medidas administrativas (D5); Colaboración en mejora de coberturas vacunales (D2 al D-4); ll) Asesoramiento al servicio de Admisión por el ingreso de pacientes en aislamiento (D1 al D3 y D9); m) Asesoramiento en la adecuación de los ambientes hospitalarios controlados (D1 y D9); n) Agenda flexible adaptada al paciente (D4 al D8); ñ) Mejora continua de la gestión de consultas urgentes (D4 al D8); o) Facilidad para iniciar y continuar la atención sanitaria (D4 al D8); p) Facilidad para contactar con cualquier profesional de MPR (D4 al D8); q) Encuestas de satisfacción (D4 al D8); r) Implantación de sistema de recepción de quejas (D4 al D8). Las dimensiones de la CA con mayor alineamiento de procesos contenidos en la MPR, en el siguiente orden: D1 (12; 60%), D9 (12; 60%), D3 (11, 55%), D4 (8; 40%), D5 (8; 40%), D6 (7; 35%), D7 (7; 35%), D8 (7; 35%) y D2 (6; 30%).

**Conclusiones.** La MPR tiene una amplia representación en las dimensiones de la CA fundamentando la toma de decisiones, contribuyendo a la seguridad clínica y al aprovechamiento de los recursos disponibles. Se precisan más estudios que midan la importancia de este vínculo.



## CIRCUITOS DE VACUNACIÓN ESPECIALIZADA

*Cristina Paniagua Alcaraz (1), Maria Checa Gil (1), Manuela Augusto Valdés (1), Ismael Huerta Gonzalez (1), Marua Baba Boto (1), Carmen Carriles Fernández (1), Pilar Andreu Margullon (1)*

*(1) Hospital Universitario San Agustín*

**Identificador:** 5

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Circuitos de comunicación; Vacunación; Población de riesgo

**Introducción.** La elaboración del calendario de vacunación individualizado en pacientes de riesgo en la consulta de vacunas (CV) de los servicio de Medicina Preventiva (MPR) requiere la continuidad asistencial del paciente.

**Objetivos.** Identificar los pacientes remitidos a la CV y los servicios peticionarios. Describir un circuito de valoración para la citación de pacientes y la vacunación temprana (VT) antes de acudir a MPR. Describir las mejoras del circuito de vacunación.

**Métodos.** Se recogieron los datos de los pacientes citados para 1ª CV así como de las interconsultas (IC), en un periodo de 12 meses. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, teniendo en cuenta el grado de urgencia de la IC, identificando aquellos pacientes que, precisando VT, no podían citarse antes de 15 días en CV. Se identificaron los eslabones clave para la transferencia de información en la continuidad de la vacunación.

**Resultados.** Se citaron para la 1ª consulta de vacunas de MPR a 413 pacientes desde abril de 2023 a abril de 2024. Del total de pacientes, 218 (52,8%) eran hombres y 195 (47,2%) mujeres. Tenían un promedio de 56 años de edad, con un rango de 80 (max 91, min 11). La distribución de las IC recibidas para derivación a MPR, fue: 93 (22,5%) Digestivo (DIG); 62 (15%) Nefrología (NEF); 60 (14,6%) Dermatología (DER); 55 (13,3%) Reumatología (REU); 49 (11,9%) Hematología (HEM); 35 (8,5%) Medicina Interna (MI); 29 (7%) Farmacia Hospitalaria (FAR); 5 (1,2%) Cirugía General (CIR); 5 (1,2%) Prevención (PRL); 3 Oftalmología (OFT) y otras 17 IC remitidas por otros servicios. Se remitieron al CS para VT a 38 (9,2%) pacientes, 17 (44,7%) hombres y 21 (55,3%) mujeres, según esta distribución: 9 (DIG), 8 (REU), 7 (HEM), 4 (FAR), 3 (DER), 2 (MI), 2 (NEF), 2 (OFT) y 1 (CIR). Se diseñó un circuito de valoración para la citación de pacientes en CV, con las siguientes acciones: a) revisión de la situación del paciente: enfermedad, situación y tratamiento inmunosupresor, vacunación previa, y según la urgencia de la petición; b) protocolo de consenso con FAR de vacunación antes del tratamiento biológico; c) revisión del perfil de serología de vacunas; d) disponibilidad de la agenda de MPR. Para la VT: la enfermera del CS recibía las recomendaciones de la enfermera de MPR por vía telefónica, enviándose también por correo electrónico a la administración del CS, detallando: fecha de vacunación, vacuna a administrar (marca y dosis), confirmación de la gestión con la enfermera del CS, y la necesidad de avisar y citar al paciente. Las dudas se recibían y se contestaban de la misma forma.

**Conclusiones.** Los pacientes de riesgo precisan recibir una cobertura de vacunación específica, lo que conlleva la mejora de circuitos de comunicación para la continuidad en la asistencia sanitaria entre la atención hospitalaria y primaria. La información bidireccional entre los responsables de cada paciente puede ser uno de los eslabones clave, permitiendo agilizar la vacunación segura y efectiva.

# La autoevaluación continua de higiene de manos como práctica de excelencia en seguridad del paciente

María José Zapico-Baragaño (1), María Fernández-Prada (1), Paula Cienfuegos-González (1)

(1) Hospital Vital Álvarez Buylla

**Identificador:** 6

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Higiene de manos, seguridad del paciente, autoevaluación

**Introducción:** la autoevaluación es una estrategia pedagógica e instructiva que permite reflexionar sobre los conocimientos, habilidades, y estrategias que se presentan (a nivel particular o institucional). Esto permite identificar tanto sus fortalezas como áreas de mejora y permite la toma de decisiones más eficaz sobre la estrategia que debe seguirse. El Marco de autoevaluación de la higiene de las manos (HM) 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un instrumento sistemático que permite evaluar y mejorar la HM en los centros sanitarios. Estas iniciativas se enmarcan en una estrategia global de la OMS como parte del Primer reto Mundial por la Seguridad del Paciente.

**Métodos:** se llevó a cabo un diseño descriptivo mediante observación durante el período de 2018 a 2023 en el que cada año se llevaba a cabo una autoevaluación de la actividad del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) del Hospital Vital Álvarez Buylla de Mieres. La herramienta de evaluación utilizada fue el Marco de autoevaluación de la HM 2010 de la OMS a través de cinco áreas clave: 1) cambio del sistema; 2) formación y aprendizaje; 3) evaluación y retroalimentación; 4) recordatorios en el lugar de trabajo; 5) clima institucional de seguridad con respecto a la HM. Esta herramienta se considera un gold standard en los procesos autoinstructivos de mejora continua de la HM. Cada dimensión puede ser autoevaluada en un rango 0-100 y la suma de las cinco dimensiones permite una autclasificación (rango 0-500) que varían entre el nivel inadecuado y el avanzado. En este caso, el proceso de autoevaluación fue llevado a cabo todos los años por los mismos profesionales del SMPySP.

**Resultados:** en la realización de la primera autoevaluación en 2018 se obtuvieron 210 puntos (nivel básico) y tras las sucesivas actuaciones se observó un incremento progresivo con respecto al primer año de la serie. En 2019 se registraron 317,5 puntos -nivel intermedio- con un incremento porcentual (IP) de 51.2% con respecto a 2018; en 2020 se obtuvieron 387,5 puntos -nivel avanzado-, con un IP del 84.5%; en 2021 se autoreportaron 380 puntos -nivel avanzado- (IP del 81%); en 2022 la mejora llegó a 415 puntos -nivel avanzado- (IP de 97.6%) y, finalmente, en 2023 se consiguieron 450 puntos -nivel avanzado (IP del 114.3%). La dimensión en la que más mejora se visibilizó fue "formación y aprendizaje" mejorando de 20 puntos en 2018 a 100 puntos en 2023 (IP del 400%). La que menos margen de mejora ha reportado es "clima institucional de seguridad" variando desde 35 puntos en 2018 a 65 puntos en 2023 (IP del 85.7%).

**Conclusiones:** gracias a las estrategias de autoevaluación se pueden establecer planes de mejora que tienen un impacto positivo en la mejora de la seguridad del paciente y, concretamente, en la higiene de manos del centro sanitario.

# CONTROL DE CALIDAD EN REPROCESADO DE ENDOSCOPIOS: REALIZACIÓN DE CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y TRAZABILIDAD DE DESINFECCIÓN

Zulaika Fernández Reyes (1), Rebeca González González (2), Mirian Martínez Aguilar (2), Carmen Sánchez Rodríguez (2), Verónica Domínguez Torre (2), Vanesa Bernabéu LLobregat (2), Adrián Huergo Fernández (2)

(1) Hospital Vital Alvarez Buylla, (2) Hospital Vital Álvarez-Buylla

**Identificador:** 7

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** calidad del reprocesado de endoscopios, cultivos microbiológicos, trazabilidad y seguridad del paciente

## Introducción

La endoscopia digestiva puede suponer un factor de riesgo para la transmisión de microorganismos, siendo fundamental la correcta desinfección de los endoscopios.

Realizar cultivos microbiológicos de los endoscopios de forma periódica facilita la detección de fallos en la desinfección y permite identificar microorganismos sospechosos de contaminación cruzada en pacientes sometidos a endoscopia digestiva.

Implantar de forma sistemática la trazabilidad de los endoscopios y controlar mediante cultivos la calidad del reprocesado otorga un plus de seguridad del proceso.

## Objetivos

Valorar la calidad del reprocesado de los endoscopios analizando los controles microbiológicos rutinarios durante un periodo de 4 años, así como los microorganismos detectados.

## Métodos

Realizamos un estudio descriptivo del control microbiológico durante los años 2020 a 2023.

Para garantizar la trazabilidad del proceso, registramos en el formulario de la endoscopia tanto el código del endoscopio como de la lavadora correspondientes, correlacionando así paciente y equipo utilizado en la prueba.

Con periodicidad trimestral, siguiendo las recomendaciones de la AEEED y ESGENA, realizamos controles microbiológicos de los endoscopios de la unidad, con un orden predeterminado por protocolo interno, registrando los resultados en una base Excel.

Ante resultado positivo se reprocesa inmediatamente el endoscopio, quedando en cuarentena hasta verificar su descontaminación.

En el último trimestre de 2022 se modifica la dotación de endoscopios de nuestra unidad: hasta esa fecha era de 5 gastroscopios, 6 colonoscopios y 2 duodenoscopios y actualmente disponemos de 9 gastroscopios, 9 colonoscopios y 1 duodenoscopio.

## Resultados

Se realizaron un total de 223 cultivos rutinarios de los cuales 20 resultaron positivos, obteniendo una tasa de contaminación global del 9%.

Por años, el porcentaje de cultivos positivos fue de 3.8% (2/52) en 2020, 7.6% (4/52) en 2021, 15.6% (8/51) en 2022 y 8.8% (6/68) en 2023.

Así mismo, el porcentaje de cultivos negativos en los periodos a estudio fue de 96.2%, 92.4%, 84.3% y 91% respectivamente, resultando una tasa global de negatividad de 91% (203 cultivos negativos de 223 controles microbiológicos realizados)

Durante el periodo de nuestro estudio no se notificó ningún incidente de contaminación cruzada en pacientes.

#### Conclusiones

Es importante que cada unidad disponga de un control de la calidad de la desinfección, asegurando la trazabilidad del equipo utilizado en caso de contaminación cruzada y permitiendo la identificación de los microorganismos implicados.

Los microorganismos detectados fueron los comunes asociados al reprocesado, sin notificarse ninguna contaminación cruzada.

# MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL: IMPLEMENTACIÓN DE LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN ENDOSCOPIA . VALORACIÓN DE USO Y UTILIDAD.

Zulaika Fernández Reyes (1), Rebeca González González (2), Mirian Martínez Aguilar (2), Vanesa Bernabéu LLobregat (2), Carmen Sánchez Rodríguez (2), Verónica Domínguez Torre (2), Adrián Huergo Fernández (2)

(1) Hospital Vital Alvarez Buylla, (2) Hospital Vital Álvarez-Buylla

**Identificador:** 8

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Listados de verificación de procedimiento de riesgo, sedación profunda, calidad asistencial, seguridad profesionales, seguridad paciente

## Introducción

Los listados de verificación (LV) son herramientas que forman parte de los ciclos de mejora de la calidad del proceso asistencial, facilitan la comunicación entre los profesionales, ayudan en la detección de riesgos e incrementan la seguridad del paciente.

La falta de LV en los procedimientos invasivos es un factor de riesgo para la aparición de eventos adversos relacionados con la asistencia.

La utilización sistemática de LV previene fallos derivados de olvidos en la recogida de datos, controlando la aparición de posibles eventos adversos evitables como por ejemplo: no retirada de prótesis dental, no descartar uso de CPAP en paciente sometido a sedación profunda, no confirmar suspensión de anticoagulación para realización de endoscopias terapéuticas,....

## Objetivos

Evaluar la opinión de los profesionales sobre la utilización de LV en endoscopia digestiva, su repercusión en la seguridad del paciente, grado de cumplimiento y satisfacción con su uso.

## Métodos

Nuestra UGC desarrolló un LV específico para endoscopia en 2021, implantado como formulario dentro del sistema operativo SELENE. Utilizamos como modelo el LVQ SESPA 2010, incorporando ítems específicos para sedación profunda a cumplimentar antes y después del procedimiento.

Realizamos una encuesta de un solo paso entre el personal de enfermería que trabajó en la unidad de endoscopias desde el año 2021 hasta la actualidad: 10 profesionales.

El cuestionario desarrollado se compone de 17 preguntas medida en escala tipo Likert (nunca-algunas veces-casi siempre-siempre-NS/NC). 8 corresponden al diagnóstico de la situación y 9 a la opinión de los profesionales.

## Resultados

La participación fue del 100%

La mayoría de los encuestados manifestó cumplimentar el LV, comprobando siempre los datos con el paciente el 70% o casi siempre el 30%.

Un 10% deja sin verificar ítems considerados irrelevantes (toma de IBP en colonoscopia, uso previo de propofol si el paciente no desea sedación...)

Todos afirmaron que siempre identificaban inequívocamente al paciente.

Mayoritariamente puntúan positivamente el LV en procedimientos con sedación profunda, considerándolo el 90% un factor determinante para su implantación.

El 100% consideran al LV como una herramienta que mejora la seguridad del paciente, afirmando que su uso evita olvidos y facilita su trabajo; no obstante, un 20% indica que algunas veces retrasa el ritmo de trabajo.

La satisfacción global de los profesionales con el uso del LV fue de 9.6 (rango 9-10)

#### Conclusiones

La implementación de listados de verificación aumenta la calidad y seguridad asistencial percibida por los profesionales en procesos sensibles como la endoscopia digestiva.

Permiten unificar y mejorar la calidad asistencial por parte de los profesionales implicados.

Existe un fuerte compromiso con su uso, considerándolo una herramienta útil que evita olvidos y facilita el desarrollo del trabajo.

# GESTIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. GOBERNANZA CLÍNICA. OBJETIVOS EN EL PACIENTE

*Adrián Huergo Fernández (1), Marta Álvarez Posadilla (2), Pedro Amor Martín (2), Carlos Ordieres Díaz (2), Margarita Fernández de la Varga (2), Miriam Celada Sendino (2), Zulaika Fernández Reyes (2)*

*(1) Hospital Vital Alvarez Buylla, (2) Hospital Vital Álvarez-Buylla*

**Identificador:** 9

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** gestión por procesos, gobernanza clínica, mapa de proceso asistencial

## Introducción

La gestión por procesos supone un cambio en el paradigma a la hora de afrontar los problemas de salud.

El concepto de "buen gobierno" de los profesionales o gobernanza clínica hace referencia a aquellos compromisos cuyo desarrollo y gestión compete a cada unidad o área de gestión clínica, siendo una de sus dimensiones básicas los objetivos centrados en el paciente.

Los indicadores de procesos relevantes de la UGC, los indicadores de continuidad asistencial y los de contabilidad analítica pretenden medir el desarrollo de un proceso asistencial siguiendo el recorrido de la persona, tanto en el ámbito de las actividades asistenciales como de calidad y gestión.

Este sistema de trabajo se ha implementado en las unidades y áreas de gestión clínica del SESPA.

## Objetivos

Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores pactados por nuestra unidad sobre los objetivos centrados en el paciente: indicadores de procesos relevantes (indicadores asistenciales y de calidad), de continuidad asistencial e indicadores de contabilidad analítica, teniendo como guía el Mapa del Proceso Endoscopia Digestiva desarrollado en el año 2022.

Establecer el coste del Proceso Endoscopia Digestiva desde la inclusión hasta su salida.

## Métodos

En 2022, la Unidad de Calidad realizó una auditoría interna aplicando el sistema de calidad SINOC-DAIME del SESPA sobre una muestra aleatoria de 10 pacientes de un total de 2977 sometidos a endoscopia digestiva.

Se empleó un trazado de historia clínica del paciente mediante la evaluación de desarrollo y grado de cumplimiento de cada indicador.

Para los indicadores de calidad del proceso se utilizó como herramienta de monitorización el formulario específico de endoscopia digestiva "listado de verificación de procedimiento de riesgo", incluido en Selene.

En 2023 la monitorización y evaluación de los indicadores fue realizada por la propia UGC, a indicación de la Unidad de Calidad, y empleándose el mismo método de trazado de la historia clínica del paciente, evaluando 10 pacientes aleatorios de un total de 3064 sometidos a endoscopia digestiva.

Los indicadores se subdividían en asistenciales (A), de calidad (C), de continuidad asistencial (CO) y de contabilidad analítica (CA).

La Unidad de Contabilidad Analítica midió cada paso del proceso para estimar el coste total.

## Resultados

Los resultados de los indicadores asistenciales, de calidad y de continuidad asistencial fueron favorables, cumpliéndose el compromiso pactado tanto en 2022 como en 2023.

El desarrollo y adhesión fueron del 100%

El coste estimado por gastroscopia fue de 217 euros y 278 para colonoscopia.

#### Conclusiones

Los mapas de procesos asistenciales son herramientas de gran ayuda a la hora de planear la gestión por procesos.

La gobernanza clínica facilita alcanzar los objetivos centrados en el paciente.

Conocer el coste resulta imprescindible para estructurar el ciclo de mejora.



# PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE EXCELENCIA: EXPERIENCIA INTEGRADORA DE TRABAJO EN EQUIPO, CALIDAD, HUMANIZACIÓN Y CUIDADOS

María Alejandra García Argüelles (1), Bárbara Fernández Martínez (1), Elvira del Amor Fernández Franco (1), Gracia Valcárcel Piedra (1), María Jesús Fernández Fernández (1), María Josefa Gutiérrez Fernández (1), Ana Gema García Álvarez (1)

(1) Hospital V. Álvarez Buylla

**Identificador:** 11

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Excelencia Cuidados Humanización Calidad

## Objetivos

Desarrollar un modelo de unidad de hospitalización orientado a la excelencia en los cuidados, bajo un enfoque de trabajo en equipo, calidad y humanización.

## Métodos

En el año 2019 se desarrolló un plan de excelencia, partiendo de una unidad piloto para, posteriormente, extender las lecciones aprendidas al resto de unidades. Se seleccionó la unidad de mayor complejidad (4ª Sur: Cirugía General+Urología+Otorrinolaringología) con la intención de someter al máximo stress posible el modelo diseñado con vistas a una implantación exitosa en el resto de unidades. La pandemia postergó el arranque del proyecto a la primavera de 2023, que se inició con la creación de un grupo operativo multidisciplinar en interacción permanente con los profesionales de la planta mediante briefings informativos/formativos. El grupo operativo adaptó los protocolos y procedimientos generales a las características de la planta y el personal de enfermería actualizó los protocolos de cuidados de las tres especialidades que fueron revisados por los jefes de Servicio de las mismas. La Unidad de Calidad desarrolló un programa de seguimiento del entorno de la asistencia y la Gerencia desplegó una estrategia de comunicación interna (a los profesionales del Área Sanitaria) y externa (población, medios de comunicación).

## Resultados

La planta de hospitalización de excelencia arrancó el 17 de mayo de 2023.

### Resultados de proceso

Se han implantado los procedimientos de Acogida al paciente, Duelo, Segunda Víctima, Identificación inequívoca, Transmisión de órdenes verbales, Visitas y acompañamiento, Protocolo de sed, Rondas y bienestar nocturno y Protocolo de pañales. Los 21 protocolos específicos de cuidados (por especialidades) se convirtieron en un Manual, tanto de uso cotidiano como de referente para la acogida de nuevos profesionales.

### Resultados asistenciales

Se comparan los primeros 9 meses tras implantación (1/6/2023 a 29/2/2024, 874 pacientes) con el mismo período previo (1/6/2022 a 28/02/2023, 789 pacientes). La estancia media pasó del 4,32 a 3,84 días y la tasa de reingresos (30 días siguientes al alta) bajó del 8,24% al 5,8%.

### Experiencia del paciente

Se encuestó por teléfono a los pacientes dados de alta entre el 1 y el 18 de marzo de 2024 (n=40). Satisfacción (escala de 0 a 10): Global: 9,1. Manejo del dolor: 10. Ayuda recibida: 9,6. El 100% recomendarían el hospital.

### Calidad de Vida de los profesionales

Se empleó la escala general de satisfacción de Warr, Cook y Wall, 1979, NTP 394 (15 ítems, puntuación entre 15 y 105). La satisfacción pasó de 71,86 (DE 10,36) a 73,21 puntos (DE 12,79).

### **Conclusiones**

- 1.-Se ha diseñado e implantado un modelo de hospitalización que permite evaluar de forma integral los resultados asistenciales y la experiencia del paciente.
- 2.-Nuestro modelo, diseñado como un proceso llave en mano está listo para su implantación en el resto de unidades y, con las necesarias adaptaciones, podría ser aplicado en unidades de otros hospitales de características similares.

# CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLÓGICO DE AGUA Y LÍQUIDO DE HEMODIÁLISIS EN EL ÁREA SANITARIA VII

MARÍA DEL CARMEN GALARRAGA GAY (1), SHEILA VÁZQUEZ LÓPEZ (2), FLOR ISABEL HIDALGO GARCÍA (2), ALBA MARÍA BARRIO ESTEBAN (2), ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ (2), COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ (2), IGNACIO CONSTANTINO ESCOBAR MARTINEZ (2)

(1) HOSPITAL V. ALVAREZ-BUYLLA, (2) HOSPITAL ÁLVAREZ-BUYLLA

**Identificador:** 12

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Control de calidad microbiológico Agua ultrapura Líquido de hemodiálisis

Existen microorganismos aclimatados a un medio hostil como es el de los circuitos de agua tratada. Se recomienda usar agua (AD) y líquido de diálisis (LD) ultrapuro con recuentos  $\leq 10$  Unidades Formadoras de Colonias (UFC)/100ml. Por ello, la pureza microbiológica debe monitorizarse regularmente y han de existir pautas de actuación en caso de que los límites permitidos se sobrepasen.

El objetivo de este trabajo es describir el control de calidad microbiológico del AD y LD que se realiza en el Hospital Álvarez-Buylla, las incidencias detectadas en el mismo, así como las actuaciones y controles realizados.

Se realizó un estudio retrospectivo durante el primer trimestre de 2024. La recogida de muestras se realizó de forma mensual en envases estériles específicos con una membrana de poro de 0,45 micras de diámetro. Se recogieron 2 muestras de 100ml por punto de muestreo. Las muestras se refrigeraron a 4º C hasta su procesamiento para cultivo en el menor tiempo posible.

Una vez en el laboratorio, se empleó una bomba de vacío para la filtración de las muestras. Cada membrana se transfirió a una placa de agar TSA (incubación 5 días a 35º C) y otra de R2A (incubación 14 días a 30º C). Se realizaron lecturas preliminares de los cultivos a los 2 y 5 días. Para la lectura del número de colonias se empleó de una lupa (4-10 aumentos) y se contaron el número de colonias.

Durante el período estudiado se cultivaron 13 aguas y 12 líquidos de diálisis.

En el 1º y 2º control mensuales, no se detectaron incidencias.

Sin embargo, a los 5 días del 3º control de marzo, en el agar R2A se detectó crecimiento bacteriano  $>10$  UFC/100ml en 1 muestra de AD y en 2 LD se observaron 1 y 4 UFC/100ml de hongos filamentosos, respectivamente. Se notificó a Nefrología, se tomaron las medidas oportunas y se repitieron los controles.

Se volvió a detectar 1 UFC/100ml del mismo hongo filamentosos en 1 LD a los 5 días en el agar R2A, por lo que se reportó nuevamente a Nefrología. En cuanto al control del agua, el recuento fue 6 y 8 UFC/100ml, a los 2 y 5 días respectivamente (aún en rango, se comunicó de forma oportuna).

Tanto el AD como el LD ultrapuro deben tener recuentos bacterianos  $\leq 10$  UFC/100ml. Los hongos no son raros en el agua de diálisis aunque su cantidad es más baja que las bacterias, pero su significado clínico está poco estudiado. El recuento máximo tolerable de hongos se ha fijado en una cantidad 10 veces inferiores al de las bacterias (1 UFC/100ml ya será motivo de alerta). No está recomendado realizar la identificación de los microorganismos recuperados, el recuento es lo verdaderamente significativo.

Nuestras conclusiones son que las lecturas preliminares de los cultivos son de especial importancia para dar una alerta precoz para la desinfección y así prevenir la formación de biofilm bacteriano. También recomendamos que se comuniquen los recuentos  $>5$  UFC/100ml de bacterias por si se deben ir tomando medidas antes del siguiente control mensual.

## Referencias

- <sup>1</sup> Guía de Gestión de Calidad del Líquido de Diálisis (LD) (segunda edición 2015). R. Pérez García, R.García Maset, E. González Parra, C. Solozábal Campos, R. Ramírez Chamond y cols. Nefrología. 2016;36:e1-e52 | doi: 10.1016/j.nefro.2016.01.003.
- <sup>2</sup> International Organization for Standardization. Water for haemodialysis and related therapies.ISO 13959:2014 y ANSI/AAMI 13959:2014.
- <sup>3</sup> International Organization for Standardization. Quality of dialysis fluid for haemodialysis and relatedtherapies. ISO 11663:2014.

# VENTAJAS DE REALIZAR LA SEROLOGÍA DE HTLV Y LA CUANTIFICACIÓN DEL ANTÍGENO DE SUPERFICIE VHB EN MICROBIOLOGÍA DEL HUCAB

*Flor Isabel Hidalgo García (1), Marta Arias Temprano (1), Alba Guiu Martínez (1), Ruben Tato Rodríguez (1), Pedro de la Iglesia-Martínez (1), María Isabel Blanco Costa (1), Guillermo Viejo de la Guerra (1)*

*(1) Hospital Universitario de Cabueñes*

**Identificador:** 14

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** HTLV, Antígeno de superficie VHB

## INTRODUCCIÓN

La Gestión de Calidad en el Laboratorio de Microbiología implica gestionar el proceso en su totalidad: fases pre-analítica, analítica y post-analítica. La fase pre-analítica ha mostrado ser la mayor fuente de errores en el Laboratorio, por lo que acciones preventivas y correctivas en esta fase son fundamentales en la mejora continua de la calidad

## OBJETIVOS

1. Comparar la carga de trabajo que conlleva realizar el estudio serológico de los virus linfotrópicos de células T humanas tipo 1 y 2 (HTLV) y la cuantificación del antígeno de superficie del virus hepatitis B (cAgs-VHB) en nuestro Laboratorio vs. enviarlo a Laboratorio Externo (LE)
2. Conocer las ventajas de realizar estos estudios en nuestro Área Sanitaria

## MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo (enero 2021 a marzo 2024). Se incluyeron 610 muestras en las que se solicitó HTLV y/o cAgs-VHB. Se compararon los requerimientos del envío a LE (procedimiento habitual: enviar alícuota) vs. realizar los estudios a partir de tubo primario en nuestro Laboratorio. Se revisó la carga de trabajo de ambos procedimientos

## RESULTADOS

Realizar los estudios en nuestro Laboratorio precisa una sola intervención de celador, administrativos, TEL y FEA. Derivar estudios a LE requiere sumar a lo anterior otra intervención similar en ese LE, y una nueva intervención de personal de nuestro laboratorio al recibir los resultados.

Además, realizar las técnicas en nuestro Laboratorio permite trabajar con tubo primario sin alícuotas ni tubos adicionales. Por el contrario, derivar los estudios precisó de, al menos, 2 tubos secundarios por cada muestra.

El envío requiere intervención de un transportista autorizado, uso de contenedores de seguridad biológica, registros horarios de salida y entrada, registros de muestras enviadas y duplicar el volante de petición.

El tiempo del informe microbiológico se demora, como mínimo 72 horas cuando se deriva la muestra a un LE.

## CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

Realizar los estudios serológicos mencionados en nuestro laboratorio, nos permite efectuar menos intervenciones manuales y trabajar con tubo primario (sin necesidad de alícuotas), lo que reduce:

- 1 La carga de trabajo al reducir el tiempo invertido en cada muestra
- 2 La posibilidad de errores en la fase pre-analítica

- 3** El volumen requerido para realizar los estudios solicitados
- 4** El riesgo de errores administrativos durante todo el procedimiento
- 5** El riesgo de accidentes biológicos
- 6** El tiempo de respuesta en la emisión del informe microbiológico definitivo
- 7** Los costes (no se precisan tubos secundarios, ni contenedores de seguridad biológica, ni transporte; disminuyen los tiempos de trabajo del personal implicado, tanto en nuestro Laboratorio como en el LE; y no incrementa costes en reactivos)

En resumen, realizar los estudios serológicos de HTLV y cAgs-VHB en nuestro Laboratorio aporta ventajas, reduciendo riesgos en todos los ámbitos del procedimiento, reduciendo costes y favoreciendo, en general, la Calidad en la Asistencia Sanitaria

## A PROPÓSITO DE UN CASO “DE CASOS”: LA CALIDAD ASISTENCIAL NO CONOCE PUNTOS Y APARTE.

GEMA MARTIN CANAL (1), M<sup>a</sup> DOLORES MIRÓN ORTEGA (2), NOELIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ (3), ALBA ALVAREZ ORTEGA (3), CIRA MENÉNDEZ URDANGARAY (4), GRACE-TAMARA MOSCOSO SOLÓRZANO (3), CARMEN ELENA CALVO RODRIGUEZ (5)

(1) HOSPITAL V. ALVAREZ-BUYLLA DE MIERES. AREA VII, (2) Hospital V.Alvarez-Buylla de Mieres. AREA VII, (3) HOSPITAL V.ALVAREZ-BUYLLA DE MIERES. AREA VII., (4) HOSPITAL V.ALVAREZ-BUYLLA DE MIERES. AREA VII, (5) HOSPITAL V.ALVAREZ-BUYLLA MIERES. AREA VII

**Identificador:** 15

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Calidad asistencial, equipo multidisciplinar

**Introducción:** Presentamos un caso de trabajo multidisciplinar e intervención Comunitaria claves para mejora de la salud del paciente en todas sus dimensiones (orgánica, psíquica, social) y la intervención Comunitaria en su ámbito familiar.

**Objetivos:** Profundizar en el enfoque holístico de nuestros pacientes, mejora en la calidad asistencial, trabajo en equipo y toma de decisiones compartidas.

**Métodos:** Formación continuada asistencial, revisión pro y retrospectiva de la Historia clínica familiar.

**Descripción:** Se trata de una paciente que hasta los 57 años no entra en contacto con Servicios sanitarios. Se sabe desde hace 1 año por ingreso (y fallecimiento) de familiar en nuestro Hospital, de las deficientes condiciones higiénico-sanitarias de los convivientes. Ingresó en Junio-23 en situación de inmovilidad, desnutrición grave, trastorno carencial múltiple, úlceras por presión sobreinfectadas con intenso dolor y lesión ovárica sospechosa de malignidad; siendo Alta a su domicilio al completar antibioterapia.

Conocemos a la paciente vía Interconsulta de Urgencias 20 días después del Alta tras haber permanecido inmovilizada en un sillón de su casa todo este tiempo, para valorar tratamiento Ambulatorio vs. Hospitalario. Ya en el primer acercamiento detectamos la complejidad del caso a todos los niveles, el fracaso previo en la consecución de objetivos y la situación de riesgo extremo de la paciente y su enclave familiar, por lo que decidimos ingreso para soporte terapéutico global, alivio sintomático y estudio de necesidades "reales".

El estado anímico de la paciente y un trastorno conductual en ciertos ámbitos personales van acordes con el resto de patología, por lo que se pide la colaboración de los S<sup>o</sup> de Psiquiatría y Trabajo Social. La paciente responde extraordinariamente al tratamiento controlando síntomas y completando estudios, por lo que una vez estable inicia Rehabilitación progresando en funcionalidad e independencia. Se va mostrando más colaboradora y abierta, manifestando satisfacción por los progresos conseguidos. Lo que nos permite centrarnos en su problemática social solicitando medidas cautelares y garantizando medios al alta que aseguren la continuidad de sus cuidados, y con la colaboración del Equipo Multidisciplinar (Atención Primaria, Medicina Interna, Rehabilitación, Trabajo Social, Psiquiatría, Enfermería, M.Forense, Fuerzas de Seguridad y Judiciales), finalmente se llega a un estado de bienestar global y continuidad asistencial en Centro adaptado a sus necesidades.

**Discusión:** La inercia del trabajo diario, la ingente tecnificación, la presión asistencial, la procolización mal entendida y las trabas en la toma de decisiones compartida son obstáculos para acercarnos a los pilares de la calidad asistencial no sólo en términos de eficacia, efectividad, eficiencia y optimización de recursos, sino también de legitimidad, equidad, accesibilidad, aceptabilidad y nuestra relación médico-paciente.

# IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN DE DISLIPEMIAS

*Pablo García Hernández (1), Adela Cortés Gimenez-Coral (1), Rebeca Goyanes Ferreiro (1), Soledad Azpiroz Fernández (1), Marta Valle García (1), Salomé Cueto Fernández (1), María Begoña Álvarez Muñoz (1)*

*(1) Fundación Hospital de Jove*

**Identificador:** 16

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** dislipemia, colesterol, riesgo cardiovascular, algoritmo, lipoproteína

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo, debido a las elevaciones concentraciones de colesterol, siendo la hipercolesterolemia familiar el trastorno genético más frecuente asociado a la enfermedad coronaria prematura.

En los últimos años, la detección, diagnóstico y monitorización del perfil lipídico de los pacientes en atención primaria se ha establecido a través de las recomendaciones de las guías clínicas europeas como la mejor estrategia coste-efectiva.

A pesar que en nuestro centro no se reciben muestras correspondientes de los Centros de Salud, en ocasiones se detectan casos de pacientes que acuden a consulta especializada o cirugía programada con valores elevados de colesterol sin histórico previo.

## OBJETIVOS

Implementación de un algoritmo que permita la identificación en el SIL (sistema informático de Laboratorio) de los pacientes con potenciales dislipemias. Implementación de tomas de decisiones para la realización de pruebas adicionales que aporten valor diagnóstico para estos pacientes, así como comentarios predefinidos.

## MÉTODOS

Se configuró el SIL para que se resaltase de un color llamativo los valores de CT (colesterol total)  $> 280$  mg/dL y LDL  $> 190$ . En esos casos, se añade LDL si no estaba en la petición original, así como transaminasas y/o TSH para descartar un incremento secundario a otras patologías.

Se siguió el documento consenso de la Sociedad Española de Aterosclerosis: si el LDL se encuentra entre 190 y 250 mg/dL se añade la Apolipoproteína B (ApoB) para calcular el cociente LDL/ApoB (un cociente  $< 1,3$  es compatible con la presencia de partículas de LDL pequeñas y densas, potencialmente aterogénicas).

Si el CT  $> 310$  ó el LDL es  $> 250$ , se procede a cuantificar la Lp(a) (lipoproteína A), para estimar casos de riesgo muy elevado de infarto de miocardio y estenosis de la válvula aórtica.

Se recogieron los datos de efectividad del algoritmo durante 6 meses (octubre 2023 - marzo 2024)

## RESULTADOS

Se realizaron 3986 determinaciones de CT y 2776 de LDL. Se detectaron 78 pacientes con perfil lipídico alterado; en 61 casos con CT  $> 280$  (1,53%), 68 con LDL  $> 190$  (2,45%) y 5 con LDL  $> 250$  (0,18%).

De los 78 pacientes, 62 ya eran conocidos y 16 eran casos no conocidos. Adicionalmente, dentro de los 62 conocidos, 9 presentaban elevaciones significativas clínicas respecto al histórico.



Se estableció por tanto un total de 25 pacientes con dislipemia significativa (2 de ellos con origen secundario a elevación de TSH). En 18 pacientes se realizó la ApoB, y en los 5 restantes, considerados de muy alto riesgo cardiovascular, la Lp(a). El coste de las pruebas realizadas fue de 97,27€

#### CONCLUSIONES

La implementación de algoritmos diagnósticos permiten ayudar a clasificar a los pacientes en función de su riesgo cardiovascular, permitiendo emplear los recursos económicos con eficiencia, derivar los pacientes a consultas especializadas, instaurar tratamiento farmacológico y prevenir la morbimortalidad asociada.

# UNA ATENCIÓN DE CALIDAD: 24/7 EN LOS SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA

*Sheila Vázquez López (1), MARIA DEL CARMEN GALARRAGA GAY (1), FLOR ISABEL HIDALGO GARCÍA (1), MARIA TERESA GONZÁLEZ GARCÍA (1), ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ (1), ALBA MARÍA BARRIO ESTEBAN (1), IGNACIO CONSTANTINO ESCOBAR MARTINEZ (1)*

*(1) HOSPITAL ÁLVAREZ-BUYLLA*

**Identificador:** 17

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** ATENCION CONTINUADA, NUEVAS TECNICAS, PRUEBAS RAPIDAS, PROA

Los avances en los últimos años en las técnicas de diagnóstico microbiológico, permiten disminuir significativamente el tiempo de identificación de los microorganismos y los estudios de sensibilidad de los mismos.

Con estas nuevas tecnologías es posible reducir la morbimortalidad de los pacientes, adecuar el tratamiento y disminuir la estancia hospitalaria (impacto económico positivo).

Estas ventajas que supone el poder emitir rápidamente un informe, quedan diluidas cuando el horario del Servicio de Microbiología se ve reducido a 7h en los días laborables. Por ello, desde hace años se hace hincapié en la importancia de un horario continuado y donde el procesamiento de las muestras no se vea interrumpido en fines de semanas y festivos. Esto aporta una serie de ventajas:

- Técnicas de amplificación y detección de ácidos nucleicos (PCR) y la espectrometría de masas (MALDITOFF) ofrecen la posibilidad de obtener la identificación del microorganismo y la detección de determinantes de resistencias. Esto permite optimizar el tratamiento antimicrobiano basándose en los criterios de epidemiología local y la detección de microorganismos multirresistentes.
- Mediante el uso de PCR múltiples y paneles de diagnóstico sindrómicos, se puede enfocar el diagnóstico de infecciones de morbimortalidad elevada en cuestión de horas (sepsis, meningitis, neumonías, infecciones gastrointestinales y tuberculosis entre otros).
- Emisión de resultados a tiempo real de las llamadas “pruebas rápidas” que consisten en detección de antígenos de *Legionella pneumophila*, *Streptococcus pneumoniae*, virus gastrointestinales, toxina de *Clostridium difficile*, etc.
- Un apropiado tratamiento antimicrobiano precoz se traduce en una mejor utilización de los antibióticos reduciendo el riesgo de efectos adversos, como son la aparición de resistencias, las infecciones adquiridas durante el ingreso en el hospital y la mortalidad asociada a las infecciones. Al disminuir el tiempo de tratamiento empírico de amplio espectro, se hace una política de optimización evitando así la selección de microorganismos multirresistentes. Asimismo un tratamiento dirigido reduce las alteraciones del microbioma evitando la aparición de nuevas patologías (p.ej infecciones por *Clostridium difficile*).
- A nivel epidemiológico, la rápida identificación de un patógeno favorece las intervenciones en Salud Pública, algo que ha quedado demostrado durante la pandemia del SARS-CoV2.
- Con una actividad continuada se consigue también dar mejor respuesta a los programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) y de “código sepsis”.

Dado que los microorganismos infectan sin tener en cuenta horarios, una atención continuada en los servicios de Microbiología es esencial para aprovechar la rapidez de resultados que nos brindan los nuevos recursos diagnósticos y que se traducen en una mejor gestión de recursos y cuidado de los pacientes.

## Referencias

- <sup>1</sup> Justification for 24/7 clinical microbiology services. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2022 Jan;40(1):1-4. doi: 10.1016/j.eimce.2021.08.014.
- <sup>2</sup> Decálogo a favor de un servicio de microbiología 24X7. <https://seimc.org>

# GESTIÓN DE LAS E.D.O. EN ECAP: INFORMACIÓN DE BAJA CALIDAD PARA UN ELEMENTO BÁSICO DE LA SALUD PÚBLICA

Ismael Huerta González (1), Manuela Augusto Valdés (1), Cristina Paniagua Alcaraz (1), María Checa Gil (1)  
(1) Hospital Universitario San Agustín

**Identificador:** 18

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Enfermedad de Declaración Obligatoria, ECAP, Atención Primaria

## Introducción

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) son la base del sistema de Vigilancia Epidemiológica (VE) de enfermedades transmisibles, y están reguladas por normativas estatales y autonómicas que obligan a la notificación de una lista de EDO por el médico que realiza el diagnóstico. La vigilancia de las EDO permite adoptar medidas para controlar su difusión en la población, así como evaluar las intervenciones de Salud Pública (SP) de mayor impacto, como el saneamiento del agua y los programas de vacunación. En el Área Sanitaria III, la notificación de las EDO en Atención Primaria (AP) se basa en la descarga semanal de episodios registrados como EDO en la Estación Clínica de AP (ECAP) y su comunicación al Servicio de VE. La descarga debería incluir los episodios cuyos códigos de la Clasificación Internacional de AP (CIAP-2) se correspondan con la lista actualizada de las EDO, pero esta correspondencia no es adecuada.

## Objetivos

Evaluar la calidad de la información descargada como EDO de ECAP en el Área Sanitaria III, y su correspondencia con la lista actualizada de EDO.

## Métodos

Se revisó la lista de códigos CIAP-2 correspondientes con alguna EDO disponibles en ECAP. A partir de la descarga de episodios EDO de ECAP, entre enero de 2022 y marzo de 2024, se revisaron los códigos CIAP-2 incluidos y su correspondencia con la lista de EDO, identificando los códigos incorrectos, tanto por número de códigos como por número de episodios.

## Resultados

Se encontraron 72 códigos CIAP-2 de ECAP que identifican una EDO actual, siendo 10 inespecíficos, y con 3 EDO sin código disponible (MERS, Zika, Mpox); solo 39 (54,2%) códigos se consideran EDO en ECAP. Entre 2022 y marzo de 2024, la descarga EDO incluye 51.551 episodios, correspondientes a 96 códigos CIAP-2. De estos, solo el 19,8% (19) del total se corresponde con una EDO, pero fueron el 24,7% en 2022, el 30,4% en 2023 y el 51,9% en 2024. Del total de episodios, el 91,6% se corresponden con una EDO, pero el 98% se incluyen en solo 4 códigos CIAP-2: COVID-19 confirmado/sospechoso (A7708-A7799), gastroenteritis infecciosa (D73) y gripe (R80). Descontando los episodios de estos 4 códigos, solo el 19,4% se corresponden con una EDO, pero fueron el 13,1% en 2022, el 33,9% en 2023 y el 56,5% en 2024.

## Conclusiones

Se constata la baja calidad de la información obtenida en la descarga de episodios EDO de ECAP, con una alta proporción de códigos CIAP-2 no adecuados y la falta de actualización a la lista EDO actual. La casi totalidad de las EDO disponen de un código CIAP-2, pero poco más de la mitad están considerados EDO en ECAP. Por su relevancia para la salud pública, debería ser prioritario revisar los códigos CIAP-2 incluidos en la descarga EDO y los datos que contiene dicha descarga. Se aprecia la ausencia de episodios EDO relevantes en la descarga (como herpes zóster), así como de otros procesos de interés en salud pública, que no son una EDO individual pero que pueden ocasionar brotes, como la escabiosis.

## Referencias

<sup>1</sup> Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

<sup>2</sup> Decreto 69/97, de 30 de octubre, por el que se constituye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), del Principado de Asturias.

<sup>3</sup> Resolución de 22 de abril de 2013, de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerda la modificación de la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

<sup>4</sup> Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.

<sup>5</sup> Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Disponibles en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/ProtocolosRENAVE.aspx>

<sup>6</sup> Protocolos de Salud Pública de Asturias en Astursalud. Disponibles en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolos-de-salud-publica-de-asturias>

# A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA COMUNIDAD: "COORDINARSE ES CALIDAD"

*María Dolores Mirón Ortega (1), Gema Martín Canal (1), María Concepción González Sánchez (2), Yolanda González García (3), Lara Fernández Bernardo (4)*

*(1) HAB, (2) Servicios Sociales Municipales de Aller, (3) C.S. Moreda, (4) C.S. de Moreda*

**Identificador:** 19

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** coordinación sociosanitaria, trabajo equipo, vulnerabilidad

**Introducción:** La coordinación entre los ámbitos social y sanitario, es uno de los retos más importantes dentro de la sociedad actual, siendo está imprescindible para poder ofrecer una atención integral a las personas vulnerables y/o en riesgo de exclusión social. La intervención con este tipo de personas se convierte en un ejemplo claro de la necesidad de establecer mecanismos de coordinación en el marco sociosanitario.

**Objetivos:** Ofrecer una profundización de la coordinación, integración y colaboración de los servicios y recursos sanitarios, sociales y jurídicos, a través de la descripción de un caso real.

**Métodos:** Coordinación y Planificación de los diferentes servicios y recursos. Todos los profesionales coordinados( Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales y Servivios jurídicos) interconectan la consecución de sus objetivos para garantizar el bienestar y la seguridad de las personas.

**Descripción del caso:** A partir de un primer caso gestionado en el ámbito hospitalario, tenemos constancia de la existencia de otra persona ( madre)subsistiendo en una casa con múltiples problemas. Por las informaciones obtenidas del entorno, sospechamos alteraciones en el comportamiento, con abandono de la realización de actividades básicas de la vida diaria; falta de salubridad; aislamiento, etc.

Mujer de 73 años, vive aislada, no se comunica con vecinos, ni familiares; no acude a los servicios sanitarios, ni sociales, ni municipales. No permiten el acceso al domicilio ( Cuando falleció su esposo no tramitaron la pensión de viudedad).

En colaboración con los servicios sociales del Ayuntamiento de Aller, se investiga y detectamos que es un caso conocido por todos en la zona. posible Síndrome de Diógenes, con una familia insociable, con trastornos de comportamiento, condicionados por secretos familiares.

Valoración de la situación: falta de atención de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, sanitarias y de Salud Pública.

Desde A.P. no tienen constancia del estado de salud de esta persona en la historia clínica. Decidimos, debido a la problemática sociosanitaria solicitar medidas cautelares para su internamiento en un centro residencial, que asegure los cuidados necesarios. El juez aprueba el ingreso involuntario en un centro público del ERA. No se puede acceder al domicilio, hasta en tres ocasiones, acompañados el Equipo Sanitario, Servicios Sociales, Transporte y Guardia Civil, porque no abren la puerta. Finalmente realizamos derivación hospitalaria para valoración médica, previo al ingreso en CSS, localizándose un posible tumor ginecológico.

**Discusión:** Creemos que con la realización del trabajo en equipo multidisciplinar, se ha obtenido una mayor calidad en la asistencia ofrecida, consiguiendo optimizar los recursos disponibles. Al aportar cada profesional su punto de vista específico, aumenta la calidad y seguridad de los cuidados y se favorece la consecución de los objetivos previstos. Sumando una visión más integradora y holística.

## Referencias

<sup>1</sup> García Panal L, García Panal J, Delgado Mata. Un ejemplo de coordinación sociosanitaria en el ámbito de la salud mental y el maltrato infantil E.Enfermería Clínica Vol.26,Nº 1,2016(45-48)

<sup>2</sup> Vicente Fuentes F. La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado Enfermería Clínica September- October; 30(5): 291-294. 2020.

<sup>3</sup> Grupo de trabajo Comunidades Autónomas y Administración General del Estado. Documento base para una atención integral Sociosanitaria. 2015. Disponible

en:<http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf>

# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE VACUNAS DEL HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA

*Paula Cienfuegos-González (1), María José Zapico-Baragaño (1), María Fernández-Prada (1)*

*(1) Hospital Vital Alvarez Buylla*

**Identificador:** 20

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Satisfacción, calidad asistencial, vacunas

## Introducción

La valoración de la satisfacción del usuario en el contexto de la asistencia sanitaria resulta de especial interés para evaluar la calidad percibida y conocer las expectativas del paciente. De manera general, se utilizan encuestas que son la herramienta más sencilla para conocer las características de la asistencia que presta el hospital y conocer la satisfacción de los usuarios.

## Objetivo

Evaluar y conocer la satisfacción de los pacientes de la Unidad de Vacunas del Area Sanitaria VII.

## Métodos

Para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes se ha utilizado un cuestionario con 13 ítems a cumplimentar con una X la casilla que mejor reflejase sus opiniones. La herramienta elegida es la propuesta por el modelo de acreditación de calidad de la Asociación Española de Vacunología (VaCredita). Los cuestionarios se han entregado de manera aleatoria en la propia consulta, indicándoles que lo cumplimentaran en la sala de espera y que lo depositasen en un buzón externo.

La pasación tuvo lugar entre el 27 de febrero y el 27 de marzo.

## Resultados

Han realizado la encuesta 209 usuarios, de los cuales 150 (76.9%) acudieron a consulta sucesiva. El 84.1% consideraron que conseguir la cita fue fácil. El 75,1% estaban muy satisfechos con las instalaciones de la unidad de vacunación, afirmando estar muy satisfechos con el tiempo de espera desde la hora de la cita hasta el momento de entrar en consulta. El 94.2% se mostraron muy satisfechos con la amabilidad del profesional sanitario que les atendió, y el 89% estaban muy satisfechos con el tiempo que se les dedicó en la consulta. Más del 85% se mostraron muy satisfechos tanto con la atención recibida como con la claridad de las recomendaciones del profesional sanitario (90.9% y 87.6% respectivamente). El 92,8% evaluaron la satisfacción global con el personal sanitario que los atendió como “muy satisfechos” y de igual manera valoraron positivamente la satisfacción global con la atención médica en un 89.4%. Afirmaron que los profesionales sanitarios se identificaron durante la consulta un 98.5%, y el 100% recomendarían la unidad a amigos y familiares.

## Conclusiones

En base a la puntuación obtenida, consideramos que los pacientes atendidos en la Unidad de Vacunas del Area Sanitaria VII refieren elevados niveles de satisfacción con la atención recibida. Las encuestas de evaluación de la calidad asistencial son fundamentales para conocer la calidad percibida por los usuarios, siendo una herramienta clave para mejorar la práctica



asistencial en la Unidad de Vacunas.

## P3T:Seguridad del paciente y calidad asistencial con uso de un programa para la gestión de dosis de contraste en angioTC.

JOSE ANTONIO GONZALEZ HUMBREIRO (1), Elena Diaz Alonso (1), NIEVES GARCIA RODRIGUEZ (1), MONICA DIAZ ALVAREZ (1), YUDITH GONZALEZ OTERO (1), MARIA DEL MAR PEREZ-PEÑA DEL LLANO (1)

(1) HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA

**Identificador:** 21

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** contraste, gestión de dosis, angioTC

El angioTC es el examen estándar para el diagnóstico de urgencia de embolia pulmonar, aunque debido a una serie de circunstancias particulares, encontramos descrito en la literatura que hasta 1/3 de los exámenes son subóptimos. El conocimiento y control de estos factores puede mejorar nuestra práctica clínica y aumentar la seguridad del paciente.

Objetivos: dar a conocer el programa a los profesionales sanitarios y exponer nuestra experiencia.

cuantificar el aumento en la seguridad del paciente con el uso del P3T

Racionalizar el uso de recursos materiales de contraste

Mejorar la práctica clínica controlando factores que influyen en la realización de los estudios.

Material y métodos: 129 angioTC pulmonares entre Enero y Junio de 2024, usando un programa de registro de datos de contraste con personalización de dosis que calcula la cantidad de contraste necesario para cada paciente en función de sus factores personales siendo el más preponderante el peso corporal. Nuestro TC tiene 64 detectores, usamos un abocath de 18G si hay buen acceso venoso.

Resultados: En 6 meses realizamos un total de 129 estudios para los cuales utilizamos una cantidad total de 9726 ml de contraste con una media por paciente de 77,8ml. El ahorro medio conseguido es de 12,8ml por paciente. También se mejoró la calidad de los estudios, mediante el control de factores como la coordinación de la duración de la inyección con la duración del estudio y la concentración del contraste yodado, así como el flujo medio.

Conclusiones/ Discusión: el conocimiento y manejo del personal del software informático que forma parte de radiología permite realizar estudios de AngioTC pulmonar con la calidad más próxima al óptimo posible y con menor cantidad de contraste, aumentando también la seguridad del paciente.

El uso del software informático en la gestión de la inyección del contraste ha ayudado a mejorar la calidad de los estudios, y la satisfacción profesional del personal de radiología (Radiólogas, Enfermeras, y TSID)

# EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA EN LA UNIDAD DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ASTURIAS

*cristina obaya prieto (1), Teresa Olivera González de Lena (1), Susana Fernández González (1), Ana María González Fernández (1), Natalia Izquierdo García (1)*

*(1) Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Asturias*

**Identificador:** 22

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** docentes, internado y residencia, estudio de evaluación, capacitación profesional

**Introducción:** La formación sanitaria especializada está reglada y es de carácter oficial, cuya finalidad es dotar de los conocimientos propios de la especialidad. Los Programas Formativos de las especialidades de medicina y enfermería de Atención Familiar y Comunitaria establecen la adquisición de conocimientos de una manera teórico-práctica donde las Unidades Docentes gestionan la formación. En la UDMAFyC se realiza un registro de los cursos donde se recoge información que facilita la gestión, identifica áreas de mejora y proporciona una evaluación continua. Este trabajo describe y evalúa la formación proporcionada por la UDMAFyC.

## • **Objetivos:**

-Describir la formación teórico-práctica de la UDMAFyC en el año formativo 2022-2023.

-Conocer el grado de satisfacción de los residentes.

-Detectar áreas de mejora.

## • **Método:**

Estudio descriptivo transversal.

## • **Resultados:**

Total de 94 cursos, con 26 residentes por curso. 69 son organizados íntegramente por la UDMAFyC y 25 son transversales gestionados por Consejería de Salud. De todos, 89 son obligatorios y 5 opcionales, cuyo perfil docente es 53 médicos y 18 enfermeras. Se recogieron un total de 70 encuestas de satisfacción con una nota media de 4,91 sobre 5 en cuanto a interés general y 4,97 sobre 5 sobre utilidad. 53 cursos fueron presenciales, 12 online y 29 mixto, 54 se han desarrollado en las instalaciones de la UDMAFyC y 28 en lugares externos, con el desglose: los MIR han recibido 36 cursos y las EIR 30 cursos en toda su residencia.

## • **Discusión:**

Reflexionamos sobre la cantidad y calidad de la formación que impartimos: los cursos son de interés y utilidad, lo que puede deberse a docentes motivados y a que los contenidos, formato y desarrollo se actualiza cada año adaptándose a las nuevas tecnologías, con un aumento de cursos online y mixtos. Nuestro objetivo es lograr que el 100% de los cursos tengan encuestas de satisfacción que nos permita evaluar e incluir aspectos de mejora.

Nos planteamos si los cursos responden a las necesidades o si éstas pueden cubrirse desde la práctica clínica, ya que, el aumento de plazas de residentes hace que el número de asistentes a los cursos sea mayor usándose instalaciones externas, aumentando las ediciones, implicando un aumento de gestión. La valoración de los cursos online los convierte en opción que ayude en la gestión, programándose menos presenciales, que permitan no restar horas de rotaciones, por ello nos proponemos una revisión de la actividad formativa.

## • **Conclusiones:**

La UDMAFyC gestiona un gran volumen de cursos con gran nivel de satisfacción de residentes.

La mayoría de los cursos son presenciales en nuestras instalaciones, siendo frecuente el uso de recursos externos.

La teleformación es una opción que permite la formación sin interferir en rotaciones.

Es necesario realizar una valoración permanente de la formación y ajustarla a las necesidades de programa formativo y residentes.

#### Referencias

<sup>1</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, número 280, (22 de noviembre de 2003).

<sup>2</sup> Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, número 157, (29 de junio de 2010).

<sup>3</sup> Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, número 105, (3 de mayo de 2005).

# CALIDAD ASISTENCIAL EN SCREENING DE CÁNCER DE MAMA: VALOR DE LA TOMOSÍNTESIS Y DIAGNÓSTICO ASISTIDO POR ORDENADOR.

CRISTINA GONZÁLEZ HUERTA (1), Angeles Alonso Gutierrez (2), María Covadonga García Sánchez (3), Elvira Fernández Martínez (4), Mar Pérez-Peña del Llano (4), Carmen Alonso Rodríguez (4), María Luque Cabal (4)

(1) HOSPITAL ÁLVAREZ-BUYLLA, (2) Hospital Álvarez-Buylla, (3) Hospital Álvarez-Buykka, (4) Hospital Álvarez-Buylla

**Identificador:** 23

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** screening mama, calidad, tomosíntesis, malograría 3D, CAD

## INTRODUCCIÓN

La mamografía 2D es la prueba con la que se realiza cribado poblacional de cáncer de mama en la mayoría de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, la aparición de la tomosíntesis o mamografía 3D puede suponer una mejora en el cribado y en la detección de este tipo de cáncer, al tomar varias imágenes de la mama desde distintos ángulos, permitiendo obtener cortes milimétricos de la mama.

El CAD (diagnóstico asistido por ordenador) es un software de ayuda que podría proporcionar apoyo al radiólogo para la detección del cáncer de mama.

## OBJETIVO:

Analizar nuestros resultados tras 9 años de experiencia con mamografía 3D asistida por CAD en screening de cáncer de mama con lectura integrada en el servicio de radiodiagnóstico, comparándolos con mamografía digital 2D sin tomosíntesis.

## MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo entre 1 de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2023 de 35995 mujeres procedentes de screening de cáncer de mama con edades comprendidas entre 50 y 69 años.

Se realiza mamografía 3D de ambas mamas en dos proyecciones (cráneo-caudal y oblicuamediolateral a 45°). Dos radiólogos, con experiencia en mamografía evalúan los estudios con lectura única y CAD.

Analizamos tasa de detección, número de rellamadas, tipo histológico, tamaño tumoral al diagnóstico y utilidad del CAD. En 200 pacientes se mide el tiempo de lectura con y sin tomosíntesis.

Comparamos los resultados con los obtenidos entre 1 enero de 2011 y 31 de diciembre de 2014, donde se estudiaron 15196 mujeres de screening con mamografía digital 2D.

## RESULTADOS:

Entre 2015-2023 se diagnosticaron 201 cánceres de mama. El número de rellamadas fue 2197, realizando ecografía al 97%. El 94% de los cánceres fueron infiltrares (6% in situ). El tamaño tumoral al diagnóstico fue inferior a 1 cm en ecografía en el 60% de las pacientes.

El CAD presentó alta sensibilidad pero muy baja especificidad para la detección de cáncer de mama. No influyó de forma significativa en la tasa de detección. El CAD fue muy sensible en la detección de microcalcificaciones, pero no tanto en distorsiones de la arquitectura o tumores subcentimétricos.

Frente a la mamografía digital 2D se observó un aumento de la tasa de detección a expensas fundamentalmente de carcinomas infiltrantes, descenso del número de rellamadas y disminución del tamaño tumoral al diagnóstico. El tiempo de lectura aumentó aunque se mantuvo dentro del rango recomendado por la SERAM.

## CONCLUSIONES:

La mamografía sintetizada 3D debería realizarse en screening de cáncer de mama. En este estudio aumentó la tasa de detección, disminuyó el número de reclamadas y el tamaño tumoral al diagnóstico respecto a la mamografía digital 2D, con mínimo aumento de radiación. Como desventaja, el aumento del tiempo de lectura empleado por el radiólogo.

El CAD es útil como asistente al radiólogo en lectura de screening, evitando problemas de atención ante lectura de gran volumen de mamografías pudiendo sustituir al segundo lector.

#### Referencias

- <sup>1</sup> Rocha García A, Mera Fernández D. Tomosíntesis de la mama: estado actual. Radiología. 2019;61(4):274-85.
- <sup>2</sup> James J, Giannotti E, Yan Chen. Evaluation of a computer-aided detection (CAD)-enhanced 2D synthetic mammogram: comparison with standard synthetic 2D mammograms and conventional 2D digital mammography. Clinical radiology. 2018;73(10):886-92.
- <sup>3</sup> Geras K, Mann R, Moy L. Artificial intelligence for mammography and digital breast tomosynthesis: current concepts and future perspectives. Radiology. 2019;293(2):246-59.
- <sup>4</sup> McDonald E, Oustimov A, Weinstein S, et al. Effectiveness of digital mammography: Outcomes analysis from 3 years of breast cancer screening. JAMA Oncol. 2016;2(6):737-43.
- <sup>5</sup> Skaane P, Bandos A, Eben E, Jepsen I, Krager M, Haakenaasen U, Izadi M, Hofvind S, Gullien R. Two-View digital breast tomosynthesis screening with synthetically reconstructed projection images: Comparison with digital breast tomosynthesis with full-field digital mammographic images. Radiology. 2014;271(3):655-63.
- <sup>6</sup> Palazuelos G, Trujillo S, Mejía M, et al. Tomosíntesis: la nueva era de la mamografía. Rev. Colomb Radiol. 2014;25:3926-33
- <sup>7</sup> Hofvind S, Hovda T, Holen AS, Lee CI, et al. Digital breast tomosynthesis and synthetic 2D mammography versus digital mammography: evaluation in a population-based screening program. Radiology. 2018;287(3):787-94.

# IMPLANTACIÓN Y PRIMEROS RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE HIDRATACIÓN

*Alba Pérez Arcoiza (1), Amara Navarro Drain (1), Ainoa García Caicoya (1), Paula Andrea Claros Martínez (2), Jheimy Alexander Ramírez Gomero (1), Natalia Vicenta Amores Prieto (1)*

*(1) Hospital Vital Álvarez Buylla, (2) Hospital Vital Áñvarez Buylla*

**Identificador:** 25

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** deshidratación, hospitalización

## - Introducción

Los ancianos tienen mayor riesgo de deshidratación por su fisiopatología, comorbilidades y la elevada prevalencia de factores de riesgo (dependencia, limitación al movimiento, alteraciones cognitivas...). En pacientes hospitalizados se debe extremar la precaución a este evento.

La ingente frecuencia de interconsulta a medicina interna por complicaciones secundarias a deshidratación en verano del 2023 en el hospital motivó a establecer medidas de detección de pacientes vulnerables. Por lo que se realizó un protocolo para la correcta hidratación en pacientes vulnerables. El protocolo incide en la detección del paciente en riesgo, el conjunto de actuaciones que aseguren el aporte según necesidades y la evaluación tras su implantación de resultados.

## - Objetivos

El objetivo principal es la detección precoz del paciente vulnerable o en riesgo de complicaciones por deshidratación, identificando las características epidemiológicas y la presencia de factores de riesgo en los pacientes hospitalizados, acceso al agua y la sensación de sed.

## - Métodos

Estudio descriptivo observacional transversal mediante encuesta administrada por residentes de primer año a la cohorte de pacientes ingresados en las plantas 3 y 4 del Hospital Vital Álvarez Buylla, excepto en los servicios de Pediatría, Ginecología y Psiquiatría. Realizado la mañana del 4 de abril de 2024.

## - Resultados

En total 72 pacientes fueron analizados. Estuvieron hospitalizados una media de 5 días. El 72% de los pacientes tenían presencia de acompañante en la habitación de manera regular. 12 pacientes (17%) presentaron algún signo de deshidratación (signo del pliegue +, sequedad de mucosas, ojos hundidos). En general los pacientes tenían agua disponible en la habitación (65 pacientes, 72%), pero la mayoría había sido traída por el acompañante. De todos los pacientes, 16 presentaron sed durante el ingreso.

## - Conclusiones / Discusión

En nuestra área el aumento de población cada vez más envejecida presenta más factores de riesgo para presentar deshidratación. Aun con la implantación del protocolo, y tras casi 1 año de funcionamiento, una cantidad considerable de pacientes presentan signos de deshidratación o sed durante su estancia. Es preciso estrechar la vigilancia del paciente en riesgo para evitar complicaciones, que pasan por actuaciones eficientes que mejoran la calidad asistencial y la satisfacción del propio paciente

A tener en cuenta que uno de los inconvenientes del estudio es que no permite observar la asociación ni causalidad de los

aspectos estudiados.



# UTILIDAD DE LAS ALERTAS DE DOSIS DE RADIACION DE NUESTRA PLATAFORMA DE DOSIS EN TC

Mar Pérez-Peña (1), Elena Díaz Alonso (1), Monica Vilela Gafo (1), José Antonio González Humbreiro (1), Rebeca Fernández Sancho (1), Tatiana Trillo Fernandez (1)

(1) Hospital Alvarez-Buylla

**Identificador:** 26

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Dosis radiación, NRD, TC , radiación

## INTRODUCCIÓN:

Las exploraciones médicas con radiación ionizante, fundamentalmente el TC, que es el que más contribuye a la dosis de radiación por causa médica, ha crecido de forma exponencial en los últimos 20 años, lo que supone un riesgo para el paciente por daño radioinducido.

Desde la publicación del RD 601/2019 sobre justificación y optimización de dosis en exploraciones médicas el trabajo en los servicios de radiología incorpora nuevos elementos, como son la necesidad de establecer **niveles de referencia de dosis (NRD)** de las exploraciones.

El programa de gestión de dosis de radiación mide los niveles de radiación en cada estudio, generando unas alertas de dosis de radiación cuando estos superan los **NDRs** por encima de un umbral.

## OBJETIVOS:

Valorar la importancia de la revisión de las alertas de dosis y de la resolución de sus causas para lograr una mayor optimización de la dosis de radiación en los estudios de TC y una mejora de la práctica clínica que cumpla los objetivos de OMS, ICRP y RD601/2019 de reducir las dosis de radiación que administramos a nuestros pacientes en exploraciones médicas.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

- En el año 2020 se implantó en el SESPA una plataforma de gestión de dosis de radiación para cumplir con la normativa 601/2019, estableciéndose unos **NRDs** para cada exploración de TC, que indican el "estándar del buen hacer". Junto con ello se establecieron unos *niveles de alerta de dosis*, cuando la dosis excedía un umbral establecido (en general el doble del NRD) y marca el estudio con icono rojo de "alerta" para que pueda ser revisado por el personal de radiología
- Se establece un protocolo de revisión de alertas de dosis por parte de los TSID, quedando constancia escrita de cada una de ellas en la plataforma de gestión.
- Mediante la revisión periódica de las alertas podemos detectar errores o malas prácticas que posteriormente pueden ser corregidos

## RESULTADOS:

Tras la incorporación de un software de gestión de dosis de radiación en 2020 y la aplicación de estrategias de reducción de la dosis de radiación en TC el porcentaje de alertas que genera el programa ha ido disminuyendo progresivamente. En la actualidad son pocas las alertas que se generan y la mayoría se producen por:

- Elevado peso del paciente.
- Mala elección del protocolo.
- Mal centraje de la zona a estudio.

La revisión de estas alertas y corrección, si procede, de las causas de las mismas permite aprender de nuestros errores y optimizar la dosis que administramos a nuestros pacientes.

**CONCLUSIONES:**

- Desde la implantación del software de gestión de dosis se observa una reducción en la cantidad de alertas de dosis que genera la plataforma.
- La revisión de las alertas permite corregir malas prácticas y aprender de nuestros errores.
- Con la optimización de los protocolos y la aplicación de estrategias de reducción de dosis de radiación en TC se ha conseguido reducir las dosis de radiación en TC.

**Referencias**

<sup>1</sup> M.M. Pérez-Peña del Llano, F. Matute Teresa, Á. Morales Santos. Real Decreto 601/2019 sobre justificación y optimización: aspectos prácticos. Radiología, 2023, ISSN 0033-8338

<sup>2</sup> Loose R.W, Vano E, Mildenberg P et al. Radiation dose management systems-requirements and recommendations for users from ESR Eurosafe Imaging Initiative. Eur Radiol 31, 2106-2114 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07290-x>

<sup>3</sup> Vañó Carruera E, Fernández Soto J.M., Sánchez Casanueva R.M., Ten Morón J.I. Niveles de referencia de dosis en radiología intervencionista. Radiología, 2013. vol 55 (2):17-24

<sup>4</sup> Directiva 2013-59-EURATOM, del Consejo, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes. Diario Oficial de la Unión Europea. 17 enero 2014

<sup>5</sup> EUCLID. European study on clinical diagnostic reference levels on X-ray. <http://www.eurosafeimaging.org/euclid>

# ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN TC CON LA AYUDA DE UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE DOSIS

Mar Pérez-Peña (1), Carmen Alonso Rodríguez (2), Cristina González Huerta (1), Francisco Somalo (2), Hugo Bernardo Fernández (3), Carmen Escobar García (1), María Luque Cabal (1)

(1) Hospital Alvarez-Buylla, (2) Hospital Alvarez-Buylla de Mieres, (3) Hospital Alvarez-Buylla

**Identificador:** 27

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Dosis de radiación. TC, radiación, NRD

## INTRODUCCIÓN

Con la publicación del RD 601/2019 se establece la obligatoriedad de registrar y controlar las dosis de radiación ionizante de las exploraciones médicas y de establecer *niveles de referencia de dosis (NRDs)*

Con este objetivo, en el año 2020 se adquiere una plataforma de gestión de la dosis de radiación en SESPA.

El TC supone la mayor fuente de radiaciones ionizantes de origen artificial y, es por ello que la optimización y el control de la dosis en esta técnica es un objetivo primordial.

## OBJETIVOS

Presentar:

- Las ventajas de la aplicación de estrategias de reducción de dosis de radiación y optimización de protocolos en TC con la utilización de una plataforma de gestión de dosis de radiación
- Y las significativas reducciones de dosis que se consiguen en TC con todos estos pasos en nuestro hospital

## MATERIAL Y METODO

Las primeras estrategias de optimización y establecimiento de NDRs (niveles de referencia de dosis) a nivel del SESPA se establecieron para los TC de todos los hospitales de Asturias.

En nuestro hospital se aplicaron además las siguientes estrategias para optimización de dosis en TC:

1-Formación y capacitación del personal relacionado (TSID y radiólogos)

2-Revisión y unificación de protocolos de TC y establecimiento de *NRDs*

3-Monitorización y reporte de alertas de dosis

## RESULTADOS

1-Los TSID actualmente realizan los estudios con una mejor técnica de programación y con menor dosis de radiación

2-Las dosis suministradas a los pacientes han ido reduciendo de forma significativa (30 a 50%) en los 4 años desde la implantación de la plataforma

3-El programa de dosis permite cumplir con la normativa de registrar las dosis de los pacientes en la historia clínica y crear un "historial dosimétrico"

## DISCUSIÓN

- La Directiva Europea EURATOM 59/2013 surgió de la amenaza creciente por el aumento del uso de las radiaciones

ionizantes , y, en nuestro caso, en usos médicos, y legisla la necesidad de justificar, optimizar, controlar y registrar las dosis de radiación en las exploraciones médicas. Esta directiva fue transpuesta en el año 2019, al RD 601/2019.

- En los últimos años han surgido en el mercado muchas plataformas de gestión de la dosis de radiación que permiten revisar y analizar los estudios, tendencias y sus alertas de dosis, con lo que contribuye a la optimización continua de dosis
- La combinación de una plataforma de gestión y la aplicación de estrategias específicas para la reducción de dosis , así como el entrenamiento de los TSID que trabajan en el TC, hemos logrado reducir las dosis de radiación en un 30-50% en el periodo 2020-2023.

## CONCLUSIÓN

En nuestro hospital se consigue una significativa reducción de la dosis de radiación (entre el 30 y 50%) que se emite en los estudios de TC mediante:

- la implementación de una plataforma de gestión de la radiación
- la formación de personal implicado y
- la aplicación de estrategias de reducción de dosis y optimización de protocolos en TC

## Referencias

- <sup>1</sup> 1-Real Decreto 601/2019 sobre Justificación y Optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Novedades legislativas y aspectos prácticos. Preguntas y respuestas. Guía rápida. Enero 2020. Sociedad Española de Radiología Médica. [https://www.seram.es/documentos/RD\\_601\\_SERAM\\_SDC.pdf](https://www.seram.es/documentos/RD_601_SERAM_SDC.pdf)
- <sup>2</sup> 2-M.M. Pérez-Peña del Llano, F. Matute Teresa, Á. Morales Santos. Real Decreto 601/2019 sobre justificación y optimización: aspectos prácticos. Radiología, 2023, ISSN 0033-8338, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.12.002>.
- <sup>3</sup> 3-Loose R.W, Vano E, Mildenberg P et al. Radiation dose management systems-requirements and recommendations for users from ESR Eurosafe Imaging Initiative. Eur Radiol 31, 2106-2114 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07290-x>
- <sup>4</sup> 4-Vañó Carruera E, Fernández Soto J.M., Sanchez Casanueva R.M., Ten Morón J.I. Niveles de referencia de dosis en radiología intervencionista. Radiología, 2013. vol 55 (2):17-24
- <sup>5</sup> 5-Directiva 2013-59-EURATOM, del Consejo, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes. Diario Oficial de la Unión Europea. 17 enero 2014
- <sup>6</sup> 6-EUCLID. European study on clinical diagnostic reference levels on X-ray. <http://www.eurosafeimaging.org/euclid>
- <sup>7</sup> 7-Niveles de referencia de dosis (NRD) y estimación de Dosis Poblacional en España. DOPOES II. <https://www.csn.es/documents>.
- <sup>8</sup> 8-ACR-AAPM-SPR practice parameters for DRL and achievable doses in medical X-ray imaging. <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Practice-Parameters/diag-ref-levels.pdf>

# GESTANDO SALUD, UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO

María Covadonga Fernández Cañedo (1), María Gómez Rodríguez (2), Sofía Cabrerizo Lorenzana (3), María Eugenia Viuda Suárez (4), Alba Fernández Rodríguez (5)

(1) Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Cangas del Narcea, (2) Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Cangas del Narcea, (3) Centro de Atención Primaria de Cangas del Narcea, (4) Unidad de Salud Mental del Área II, (5) Unidad de Salud Bucodental del Área II

**Identificador:** 28

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** embarazo, periodo postparto, educación en salud, prácticas interdisciplinarias

## Introducción

Una de las amenazas a las que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud es la creciente demanda de atención asistencial. Generar salud desde lo patológico conlleva muchos recursos materiales y humanos del sistema y mucho disconfort para el individuo. Conociendo donde se inician esos procesos lo razonable es abordarlos mediante la prevención, pasando de un modelo biomédico a uno salutogénico.

Algunas complicaciones de salud que pueden acompañar al proceso vital de embarazo y postparto, tanto para la madre como para el niño e incluso para el entorno que les rodea, pueden ser abordadas a través de una promoción de salud basada en la adquisición de herramientas y conocimientos que capaciten a las mujeres para vivir con seguridad este periodo.

La oportunidad que brinda el protocolo “**Intervención comunitaria desde Atención Primaria durante el embarazo y el postparto**” es reunir un grupo focal sobre el que intervienen diferentes profesionales: fisioterapeutas, enfermera de pediatría, higienista dental y psicóloga clínica. Además, se implica al Área de Deportes del Ayto con el uso de la piscina municipal, se conocerá y usará un recurso presente en el Área que puede transformarse en activo de salud eficaz para el colectivo diana.

## Objetivos

- Apoyar, acompañar e informar a mujeres del Área II en el embarazo y postparto.
- Favorecer la coordinación, integral y multidisciplinariamente de la atención al embarazo, parto y puerperio.
- Preservar y reestablecer la salud física y mental femenina durante y tras el embarazo y postparto.

## Métodos

- Intervención multidisciplinaria : cuatro bloques competenciales: fisioterapia, enfermería pediátrica, psicología clínica, higiene dental.
- Educación para la salud de la mujer en el periodo de embarazo y en el postparto
- Aprendizaje de ejercicios y desarrollo de habilidades para una gestión adecuada de los cambios experimentados a nivel físico y mental.
- Transformación de recursos comunitarios en activos de salud.

## Resultados

Inicio en julio 2023, no se ha recabado un número significativo de datos para aportar indicadores de resultados, pero hay

indicios suficientes para afirmar que

- Existe mayor adherencia al protocolo al iniciarse en fase parto.
- Alto grado de satisfacción de las usuarias con el protocolo.
- Disminución de incertidumbre sobre procedimientos y cuidados de madre y niño.
- Creación de redes, aumento del capital social de la comunidad.
- De enero 2017 a diciembre 2023 parto 546 usuarias.
- De julio 2023 a diciembre de 2023 parto 27 mujeres y 4 hombres

Conclusiones / Discusión.

La innovación de este programa consiste en flexibilizar las intervenciones, de tal manera que permita integrar a otros profesionales de forma interdisciplinar e intersectorial, que aporten conocimientos para alfabetizar a los/las asistentes, garantizando la autogestión del individuo y la transmisión de conocimientos a su entorno, creando así comunidades más resilientes, saludables y cooperativas.

## Referencias

- <sup>1</sup> 1. S.D. Liddle; V. Pennick. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*; Sept 2015
- <sup>2</sup> 2. Smith J Woodley S.; P Lawreson; R. Boyle; J.D. Cody; S. Morkved; A. Kernohan; E.J. Hay Smith. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and prenatal women. *Cochrane Database Syst Rev*; May 2020
- <sup>3</sup> 3. CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database Syst Rev*, Marzo 2018
- <sup>4</sup> 4. N Ribnillar, D Scepanovic, I Verdenik, L Zgur. Effect of pelvic belt and physiotherapy advice on pain in pregnant women with pelvic girdle pain, May 2015
- <sup>5</sup> 5. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y ginecología. Barcelona: Masson; 2006
- <sup>6</sup> 6. Calais-Germain B. Anatomía para el movimiento: el periné femenino y el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2014
- <sup>7</sup> 7. Caufriez M, Esparza S, Caufriez S "El Método hipopresivo del Dr. Marcel Caufriez, Tomo I, Génesis y programa estático de base". MC Editions, 2016
- <sup>8</sup> 8. Esparza del Valle MP, et al. Guía Profesional para la Educación maternal-paternal del embarazo y parto. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidado. Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2016
- <sup>9</sup> 9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Versión resumida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017
- <sup>10</sup> 10. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
- <sup>11</sup> 11. Asociación Profesional de Enfermería de Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas en enfermería sobre Fomento y Apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la Lactancia Materna para el recién nacido, lactantes y niños pequeños. Toronto. RNAO, 2018
- <sup>12</sup> 12. Grupos de trabajo de la Guía de Embarazo y Parto, Guía de Salud Oral, y Guía de Lactancia Materna. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Octubre de 2015. Revisión: octubre de 2017
- <sup>13</sup> 13. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, ..., Cassano GB (2011) From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry* 52(4):343-351. doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.003
- <sup>14</sup> 14. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106(5, Part 1):1071
- <sup>15</sup> 15. Borkovec, T. D. (2007). Insight in cognitive-behavioral therapy. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psycho-therapy* (pp. 57-80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-003>.

## Experiencia con Ratenow en HUCA 2022-2023

Luis Solís González (1), José Luis Carretero Ares (1), María de Lourdes Peral Sánchez (1), Cristina Campoverde Ortega (1), Grecia Bell Valero Rao (1), JULIO CESAR ALONSO LORENZO (2)

(1) HUCA, (2) Gerencia Área Sanitaria IV

**Identificador:** 29

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Ratenow, NPS, Encuesta de satisfacción, HUCA

Se presenta un descriptivo de los datos de las encuestas de satisfacción recopilados en diferentes áreas del Hospital Universitario Central de Asturias entre 01/01/2022 y 01/12/2023, cuyos resultados se extrajeron de la plataforma Ratenow, con la ayuda del servicio de Calidad.

Lo que expresan estos resultados es el nivel de satisfacción subjetiva de los usuarios del hospital recogidos, bien por SMS tras la asistencia de los pacientes a Cirugías mayores ambulatorias (CMA), urgencias u hospitalización; o bien en las terminales dispuestas en varios puntos del hospital, generalmente próximos a la salida de las consultas.

Los indicadores que estas encuestas aportan son fundamentalmente 2:

- Una valoración del 1 al 3 o del 1 al 5 sobre el grado de satisfacción con el servicio recibido.
- El segundo indicador, conocido como índice fundamental en Experiencia del Cliente/Paciente (NPS) se mide preguntando la probabilidad con la que el usuario recomendaría un servicio, en una escala de 0 a 10. Para obtener el índice NPS restan la cantidad respuestas positivas (9 o 10) menos la cantidad de respuestas con valoración no muy positiva (entre 1 y 6). Las valoraciones entre 7 y 8 no se consideran.

### Resultados por área

El 78,5% de las personas que respondieron a la encuesta en 2023 estuvieron satisfechas del trato recibido en consultas externas. El 92,8% respondieron por SMS que su experiencia en CMA fue satisfactoria o muy satisfactoria. En el servicio de urgencias, el 68,6% de los usuarios consideraron la atención recibida como satisfactoria o muy satisfactoria. Y el 85,5% tuvieron una hospitalización satisfactoria o muy satisfactoria.

En cuanto al índice NPS, consultas externas y CMA obtuvieron una puntuación de 60, mejorando ligeramente la puntuación del año anterior. Hospitalización obtuvo una puntuación de 55 mientras que urgencias obtuvo 30.

		2022 (N=23.412)	2023 (N=19.891)	Hospitalización SMS		(N=1.421)	(N=4.572)
Consultas Externas	Satisfecho	77,5%	78,5%	Hospitalización SMS	Muy satisfecho	65,4%	62,8%
	Intermedio	7,6%	7,5%		Satisfecho	22,0%	24,7%
	Insatisfecho	14,9%	14%		Intermedio	6,9%	6,2%
	NPS Global	55 (n=8.960)	60 (n=8.808)		Insatisfecho	1,8%	3,1%
			Muy insatisfecho		3,9%	3,2%	
			NPS Global		55 (n=1.312)	54 (n=4.314)	
		(N=3.572)	(N=3.497)		(N=21.439)	(N=20.302)	
CMA SMS	Muy satisfecho	67,1%	70,7%	Urgencias SMS	Muy satisfecho	43,1%	41,7%
	Satisfecho	23,9%	22,1%		Satisfecho	27,6%	26,9%
	Intermedio	4,9%	4,1%		Intermedio	14,5%	14,9%
	Insatisfecho	1,6%	1,5%		Insatisfecho	7,0%	8,0%
	Muy insatisfecho	2,5%	1,6%		Muy insatisfecho	7,9%	9,4%
	NPS Global	58 (n=3.363)	61 (n=3.328)		NPS Global	35(n=19.786)	30(n=18.861)

**Resultado por consultas.**

A continuación se presentan los departamentos 10 departamentos que los usuarios mas recomiendan y los 10 con mayor margen de mejora en cuanto a la percepción de los usuarios en los años 2022 y 2023. Se han escogido solo los departamentos con una muestra de votos superior a 30 omitiéndose los demás.

Mas recomendados	2022			2023	
	Selección	NPS		Selección	NPS
Nefrología pediátrica	45	91	Oncología Digestivo	78	82
Oncología médica	46	87	Enfermería estomaterapeuta	82	82
Neumología pediátrica	62	85	Enfermedad inflamatoria	53	77
Ap. digestivo pediatría	67	84	Fisioterapia	270	74
Cardiología pediátrica	128	78	Terapia ocupacional	156	74
Endocrinología pediat.	94	77	Hospital de día Oncológico	361	70
Otorrino	272	76	Maxilofacial	205	70
Ecografía	165	74	Trastornos del movimiento	62	69
Radiología	115	73	Rehabilitación	1318	69
Reumaología	293	71	Oncología O.R.L.	51	69

Mayor margen de mejora	2022			2023	
	Selección	NPS		Selección	NPS
Obstetricia	504	-17	Foniatría	97	3
Medicina fetal	65	-2	Terapia intravítrea	49	6
Cirugía torácica	46	2	Enfer. rehabilitación vestibular	58	24
Cirugía plástica	47	30	Cirugía plástica	134	41
Nefrología	53	36	Enfermería C. vascular	51	43
Medicina preventiva	43	37	Cirugía oftalmológica	146	43
Ginecología	162	38	Enfermería patología mamaria	48	44
Ecografía	84	39	Cirugía vascular	182	44
Traumatología	570	41	Hospital de día hematológico	54	48
Extracciones	65	42	Oftalmología	891	48

Es necesario tener en cuenta que algunos departamentos como aquellos en los que se dispensa una atención de urgencia son mucho mas propicios que otros a ser votados en momentos en los que la adrenalina o la frustración derivada de peculiaridades del servicio como la expectativa irreal de recibir una atención inmediata jueguen un papel importante en la valoración.

Ratenow tiene ciertas peculiaridades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados, especialmente



en cuanto al uso de los terminales se refiere, que nos hacen pensar que las encuestas hechas por SMS son mas veraces. Por ejemplo, las encuestas extraídas de los terminales pueden ser hechas de forma anónima repetidamente; o algunas personas hacen la encuesta completa mientras que otros solo puntúan la primera pantalla.

# ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA ERCA CON LA HERRAMIENTA GMA

Ana María Suárez Laurés (1), Sara Alonso Suárez (2), Carmen Rodríguez Suárez (3), Elena Astudillo Cortés (3),  
Carmen Díaz Corte (3)

(1) NEFROLOGÍA -HUCA, (2) CENTRO SALUD COLLOTO/AREA SANITARIA IV/ASTURIAS, (3) NEFROLOGIA-HUCA

**Identificador:** 32

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** GMA. ERCA

## Introducción

Los grupos de morbilidad ajustados (GMA), son una herramienta que permite clasificar a la población en función de su morbilidad y complejidad, a partir de los datos registrados en la historia clínica de atención primaria, asignando a cada persona un nivel de riesgo: GMA 1 muy bajo; GMA 2 bajo; GMA 3 moderado; GMA 4 alto.

En nuestra Comunidad la instalación de esta herramienta finalizó en el 2022 y según datos del Servicio de Salud, 53.670 usuarios tienen una enfermedad crónica compleja con GMA 4.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública por su alta prevalencia, comorbilidad, riesgo cardiovascular y elevado consumo de recursos. El 32,7% de los pacientes crónicos de nuestra comunidad en el estrato de GMA 4 tienen ERC.

Objetivo

Describir las características de los pacientes de nuestra consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) según GMA.

## Métodos

Se incluyeron los pacientes incidentes en la consulta ERCA (FGE <30 ml/m) del 1-01 al 31-12-2022. Se analizaron: edad, sexo, diabetes mellitus, evento cardiovascular (ECV), neoplasia, trasplante de órgano sólido no renal. Tras seguimiento de un año: ECV, número de ingresos, días de ingreso, inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) y GMA.

La comparación de las características basales se realizó mediante el Ji-Cuadrado de Pearson y la edad con ANOVA. Para el análisis al año para la variable GMA se consideraron 3 categorías: bajo riesgo (grupos 1 y 2), moderado (3) y alto (4). La asociación entre eventos cardiovasculares y GMA, TRS y GMA, se evaluó mediante modelos de regresión logística univariable; entre número de ingresos y GMA mediante modelo de Poisson univariable.

## Resultados

Hubo 23 exitsus, fueron excluidos por no disponer del valor GMA.

Se analizaron 85 pacientes, 69% hombres, la edad media 71,4 años (r35 -91); 47,1 % eran diabéticos; 54,1% habían presentado al menos un ECV; 23,5% un proceso oncológico y 8,2 % eran portadores de trasplante de órgano sólido no renal.

El 82,3 % tienen un GMA 3-4. No hubo asociación estadísticamente significativa entre GMA y las variables analizadas.

Del total de pacientes con ECV basal, 89% tenían un GMA 3-4 (58,6 y 30,4% respectivamente).

Durante el año de seguimiento, 15 de los 16 pacientes que presentaron ECV y 27 de los 29 que precisaron ingreso tenían GMA 3-4.

La media de los días de ingreso para cada categoría fue de 5,5 / 13,11 / 11,77.

Terapia renal sustitutiva la precisaron 25 pacientes, 3 con riego bajo y 22 con GMA 3-4

## Conclusiones

- Este es el primer estudio que analiza la estratificación de los pacientes ERCA con la herramienta GMA y nos confirma que es una población de riesgo moderado-alto, lo que debe de determinar la planificación sanitaria y la asignación de recursos desde etapas muy tempranas de la enfermedad.
- Consideramos que esta herramienta GMA puede ayudarnos en la toma de decisiones compartida combinándola con escalas de valoración de fragilidad, funcionalidad y situación social.

## Referencias

- <sup>1</sup> • Estupiñán-Ramírez M, Trisancho-Ajamil R, Company-Sancho MC, Sánchez-Janáriz H. Comparación de modelos predictivos para la selección de pacientes de alta complejidad [Comparison of predictive models for the selection of high-complexity patients]. Gac Sanit. 2019 Jan-Feb;33(1):60-65. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.06.003. Epub 2017 Aug 19. PMID: 28826908.
- <sup>2</sup> • Monterde D, Vela E, Clèries M, García Eroles L, Pérez Sust P. Validez de los grupos de morbilidad ajustados respecto a los clinical risk groups en el ámbito de la atención primaria [Validity of adjusted morbidity groups with respect to clinical risk groups in the field of primary care]. Aten Primaria. 2019 Mar;51(3):153-161. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.09.012. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29433758; PMCID: PMC6836969.
- <sup>3</sup> • Barrio-Cortes J, Del Cura-González I, Martínez-Martín M, López-Rodríguez C, Jaime-Sisó MÁ, Suárez-Fernández C. Grupos de morbilidad ajustados: características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en Atención Primaria [Adjusted morbidity groups: Characteristics and comorbidities in patients with chronic conditions according to their risk level in Primary Care]. Aten Primaria. 2020 Feb;52(2):86-95. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.12.007. Epub 2019 May 29. PMID: 31153669; PMCID: PMC7025976.
- <sup>4</sup> • Suárez Álvarez Ó, Ruiz-Cantero MT. Morbilidad por enfermedades crónicas y su atención sanitaria en Asturias: análisis de género [Morbidity due to chronic diseases and their health care in Asturias: a gender analysis]. Gac Sanit. 2023 Nov 20;37:102334. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2023.102334. PMID: 37988970.
- <sup>5</sup> • ESTRATEGIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2023 - 2030.2023 ISBN: 978-84-09-51757-2 www.astursalud.com
- <sup>6</sup> • En prepublicación : DOI: 10.1016/j.nefro.2024.03.002 Proyección de la carga clínica y económica de la enfermedad renal crónica entre 2022 y 2027 en España: resultados del proyecto Inside CKD Projection of the clinical and economic burden of chronic kidney disease between 2022 and 2027 in Spain: Results of the Inside CKD project

# EL PAPEL DEL SERVICIO DE OPTOMETRÍA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Ana Cayado Fernández (1), José Manuel Fernández Carreira (2), María Pilar Fernandez Fernandez (2), Raquel Salazar Méndez (1), Alba Feal Rodríguez (1), Tamara Dorado Fernández (1), Marta Alvarez Sánchez (1)

(1) Hospital de Jarrío, (2) Area Sanitaria I

**Identificador:** 33

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Agudeza Visual, Optometría, Oftalmología, Calidad Asistencial

## INTRODUCCIÓN

El Óptico-Optometrista (O-O) es un profesional sanitario de Atención Primaria (AP) necesario dentro de un servicio de oftalmología. Como profesional universitario cuenta con formación específica para evaluar el estado refractivo, binocular y la salud ocular de la población.

La incorporación del O-O en el sistema de salud público busca mejorar la calidad del servicio dado a la población, atender a un mayor número de pacientes y dar un menor tiempo de espera para una Primera Visita (PV), el 30%<sup>1</sup> de las derivaciones oftalmológicas son por problemas de Agudeza Visual (AV).

La encuesta realizada entre la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y el Consejo General de Colegios de Ópticos-optometristas, consideran al O-O competente para la medición de AV, valorar la visión binocular y la realización de cribajes de glaucoma. Los resultados de esta encuesta junto la actividad del O-O durante la COVID-19 (considerado profesional esencial), muestran la importancia de su papel.

El Hospital de Jarrío, pionero en la introducción del O-O en su servicio, ofrece una mayor calidad asistencial a sus pacientes. Con el presente estudio se analizan las mejoras hasta el momento.

## OBJETIVOS

Este estudio busca conocer la mejora de la calidad asistencial con la incorporación del O-O en un servicio de oftalmología.

## MÉTODOS

Se revisan datos retrospectivos de actividad por agendas para la prestación AV desde 2019 hasta la actualidad en data warehouse del sistema de la información SELENE y datos de cierre en la APP infolistas.

## RESULTADOS

1. El O-O cubre el 70.03% de las prestaciones AV. Los resultados muestran un total de 229 pacientes atendidos con una dedicación del 14.14% de su actividad.
2. El oftalmólogo dio soporte al 29.97% de las prestaciones AV.
3. El 48% de las prestaciones de AV derivan de los MAP, el 49% de los servicios de oftalmología y el 2% de pediatría.
4. La demora media para la prestación AV pasa de 151 días en 2023 a 66 días en lo que llevamos de 2024.

## DISCUSIÓN

El O-O cubre el 70.03% de las prestaciones AV dedicando sólo el 14.14% de la actividad asistencial (agenda propia). García<sup>2</sup> habla de una actividad asistencial que ronda el 26-27%, por encima del nuestro. Esto refleja la importancia del tiempo de actividad propia para disminuir aún más la lista de espera de AV y liberar al oftalmólogo de ese 30% restante.

El 50% de las derivaciones de la prestación AV procede de MAP, llama la atención el porcentaje tan bajo procedente de pediatría. Según datos recogidos del libro blanco de la salud visual 2022<sup>3</sup>, las cifras rondan el 27.6%, muy lejos de nuestro 2%, quizás debido a una población envejecida.

## CONCLUSIONES

- El O-O ofrece la posibilidad de dar respuesta a la población con diferentes necesidades visuales y a atender a mayor número de pacientes.
- Reduce la demora media de los pacientes para consultas AV.
- Permite un sistema público de mayor calidad.

## Referencias

<sup>1</sup> De Prado Prieto L, et al Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Aten Primaria.2005,35(3):146-1

<sup>2</sup> García García MA. Optometría en la sanidad pública. Hospital Universitario de Torrevieja. Resultados asistenciales tras diez años. Gaceta de optometría y óptica oftálmica, 2017;526-8,7

<sup>3</sup> Grupo de trabajo sociedad española de optometría. Libro blanco de salud visual 2022. Impacto social y económico de la incorporación del óptico en atención primaria. pp14.

# EL CONTROL DEL ENTORNO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITAL VALLE DEL NALÓN 2023

*Sara López Rodríguez (1), María Pilar Martínez González (1), Sara Rodríguez Sánchez (1), Ylenia Extremera Jambrina (1), Paula Álvarez García (1), Ana Isabel González Iglesias (1), Marta Álvarez Fernández (1)*

*(1) Hospital Valle del Nalón*

**Identificador:** 34

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

## INTRODUCCION:

Una de las actividades preventivas llevadas a cabo en todas las unidades de hospitalización, es el control del entorno. Su objetivo es revisar, y en lo posible eliminar y/o minimizar, factores de peligro del ambiente en el que se hayan las personas hospitalizadas con el fin de disminuir el número de caídas y/o la gravedad de las mismas.

## OBJETIVO:

Comprobar la adecuación del entorno de los pacientes con riesgo de caídas

Detectar la influencia del control del entorno en la prevención de caídas.

Mejorar la calidad asistencial disminuyendo el nº de caídas.

## MATERIAL Y METODO:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Pacientes ingresados en unidades de hospitalización.

Se definen elementos identificadores (marca en Selene® y pictograma) y entorno seguro (cama bajada y frenada, luz rasante funcionante, uso de barandillas, persona en silla con arnés o acompañamiento familiar).

Para la recogida de los datos, se ha elaborado una plantilla de registro mensual basada en las características definitorias del Diagnóstico de la NANDA 00155\_Riesgo de Caídas y sus intervenciones.

La enfermera referente en caídas de cada unidad, realiza la observación mensual en el turno que corresponde y, en caso de no poder hacerlo, lo asumirá la enfermera referente de otra unidad.

## RESULTADOS:

En el año 2023 se ha revisado el entorno de 1618 pacientes.

La edad media es 65,2 años.

El 95% de las personas ingresadas disponen de registro de riesgo de caídas en el Plan de Cuidados.

Se usa marca de riesgo de caídas en el 78% de los pacientes con riesgo y en el 66% se utiliza el pictograma en la cabecera de la cama.

El 67% de los pacientes con riesgo disponían de tríptico informativo en la habitación.

El 97% de las camas estaban frenadas y el 86% bajadas a la altura de la rodilla del paciente.

El 22% de los pacientes permanecían acompañados por la familia en el momento de la auditoría y sólo el 2% de los pacientes levantados a silla disponían de arnés.

El 59% de los pacientes en riesgo que estaban en la cama tenían las barandillas levantadas y el 6% prescritas en la historia clínica.

El 95% de las luces rasantes funcionaban perfectamente y el óculo de la puerta en el 98%.

Del 95% de pacientes en riesgo de caídas, 59% disponían de elementos identificadores y el 58% se encontraban en un entorno seguro.

Hubo un total de 132 caídas.

#### CONCLUSIONES:

Un alto nº de pacientes con riesgo de caídas disponen de plan de cuidados establecido durante el ingreso, que conlleva la comprobación diaria y por turno del entorno en el que se haya el paciente.

La monitorización ha permitido tener una visión general sobre el control del entorno y detectar puntos débiles en relación a la prevención.

Debemos seguir trabajando en la prescripción del uso de barandillas.

Propuestas de mejora para el 2024: incluir recomendaciones en el circuito de tv, sesiones recordatorias del procedimiento, elaboración de infografías que recuerden los puntos clave del control del entorno y precauciones universales.

# Infecciones de transmisión sexual no inmunoprevenibles y uso del preservativo en la PrEP de Asturias

Raquel Benito Santos (1), M<sup>a</sup> del Mar Cuesta Rodríguez (2), Julio Alonso Lorenzo (3), Marta Mateos Mazón (1), José Luis Carretero Ares (1), M<sup>a</sup> del Mar Martínez Suárez (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Consejería de Salud, (3) Gerencia Sanitaria Área IV

**Identificador:** 35

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** VIH; cribados; educación

Infecciones de transmisión sexual no inmunoprevenibles y uso del preservativo en la PrEP de Asturias

Introducción:

La Consejería de Salud ha implantado el Programa de Profilaxis Pre-exposición (PrEP) al VIH en Asturias, basado en una intervención biomédica dirigida a prevenir la infección en personas seronegativas con alto riesgo de contraerla. Sin embargo, no debe ofrecerse exclusivamente para la prevención del VIH, sino en un marco global ligado a estrategias de cambio del comportamiento que impliquen medidas preventivas de control de la infección.

Objetivos:

Nuestro objetivo fue estimar la evolución de las principales infecciones de transmisión sexual no inmunoprevenibles distintas al VIH y el uso del preservativo a lo largo del seguimiento de los participantes en la profilaxis preexposición al VIH en Asturias.

Métodos:

Estudio observacional analítico de los participantes en la PrEP al VIH en Asturias con consulta de inicio registrada durante septiembre de 2021 a diciembre de 2023. Se describieron las variables sociodemográficas (edad, sexo y población diana) y de diagnósticos de gonococo, chlamydia, linfogranuloma venéreo y sífilis, virus de la hepatitis C y otras infecciones de transmisión sexual, y frecuencia de uso del preservativo con sus respectivos porcentajes comparando los resultados de la consulta de inicio con los acumulados en el seguimiento completo y con la última consulta. Se realizó un análisis bivalente mediante el test de chi cuadrado con método de Monte Carlo para la frecuencia de uso del preservativo versus el número de consultas acumuladas en el último seguimiento con el fin de determinar un cambio significativo en el patrón de respuestas.

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 126 pacientes en su mayoría hombres (97%) con una edad media de 37,1 años y hombres que tienen sexo con hombres (82%). La diferencia de prevalencias de las infecciones de transmisión sexual estudiadas entre el inicio y la última consulta fue de un -40%. Las infecciones de transmisión sexual más detectadas respecto a su prevalencia basal a lo largo de las sucesivas consultas de seguimiento fueron aquellas con un periodo de incubación más corto (incrementos de gonococo 113,33% y chlamydia 144,44%). El test de chi-cuadrado con método de Monte Carlo arrojó un resultado no estadísticamente significativo ( $p$ -valor = 0,18) para el patrón de frecuencia de uso del preservativo a lo largo de las sucesivas consultas de seguimiento.

Conclusiones:

-Se halló una presencia sostenida de infecciones de transmisión sexual no inmunoprevenibles a lo largo del seguimiento, siendo las más detectadas aquellas con un periodo de incubación más corto.

- Se obtuvo una reducción generalizada de las infecciones de transmisión sexual y un patrón de uso del preservativo sin cambios a lo largo del seguimiento.



# REORGANIZACIÓN DE LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS, BASADA EN LOS TURNOS DE ENFERMERÍA, PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

*Marta Mateos Mazon (1), Maria Jose Cuervo Laje (1), Ana Belen González Iglesias (1), Elsa Alonso Fernández (1), JOSE LUIS CARRETERO ARES (1), Andrea López Menéndez (1), María del Mar Martínez Suarez (1)*

(1) HUCA

**Identificador:** 36

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Higiene de Manos, Observación, Adherencia

**INTRODUCCIÓN:** Desde que la OMS en 2005 lanzó la campaña de manos limpias manos seguras, se realizan en muchos centros sanitarios esfuerzos para mejorar la adherencia como formación, concienciación, auditorías mediante observación, etc....En nuestro hospital a pesar de todos los esfuerzos, los cambios en la adherencia son casi imperceptibles, por lo que se decide cambiar la estrategia, reorganizando la observación basada en los turnos de trabajo del personal para poder observar al mayor número de profesionales distintos, dar feedback grupal el mismo día al personal observado y planificación de la formación anual.

**OBJETIVOS:** Mejora de la adherencia a la higiene de manos, cambiando la estrategia de observación, retroalimentación y formación.

**MÉTODOS:**

Tomando como base un turno rotatorio de Enfermería (T5), se planifican 5 rondas de observación a lo largo del año en las unidades de hospitalización, REAS, UCIS y Urgencias. La observación se realiza en turno de mañana, al horario de mayor actividad.

Se planifica formación en la segunda y la cuarta ronda de observación, en 3 sesiones de 15 minutos dos días a la semana, para el personal dependiente de la Dirección de Enfermería, estimándose formar 500 personas/año.

Se realiza la observación mediante el procedimiento anónimo y la hoja de recogida de la OMS, del 2009 y para el análisis de datos se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel. Y formulario en Forms

**RESULTADOS:**

Se ha pasado de realizar formación durante unos meses del año; 2022: de Junio a Septiembre; 2021 y 2020 Junio . A tener resultados a lo largo de todo el año, excluyendo navidad, semana santa y el puente de mayo.

De observar al azar al personal que estuviera trabajando en el momento de la observación a intentar observar a la mayor número de personas diferentes.

De dar los resultados al final de año, en conjunto de todo el hospital, a dar los resultados a parte del informe final, individualizado a cada grupo el mismo día de la observación.

Se ha estructurado la formación en dos turnos con 8 sesiones en cada turno, teniendo en cuenta la capacidad del Servicio de Medicina Preventiva para poder realizar la formación, a través de la Dirección de Enfermería.

**CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:**

Esta forma de organización, permite distribuir la observación a lo largo de todo el año, como una rutina del servicio, permitiendo llegar a mayor parte del personal y observar fluctuaciones de adherencia a lo largo del año.

Los profesionales conocen sus resultados en el mismo día sintiéndose identificados con los mismos y generando una mayor aceptación a la observación.

Sin embargo este modelo requiere más trabajo de organización, menos flexibilidad de las personas que realizan la observación, para atender otros asuntos fuera de su rutina, y se basa en los turnos de enfermería, no llegando de la misma manera a otros estamentos como los médicos, celadores, técnicos, etc...

# Mejora del proceso de Cardioversión Eléctrica Programada en Urgencias

Mercedes Hevia Méndez (1), Adriana Picciotto (2), Andrea Pola Díaz (1), Miriam Martínez Tamés (1), Ignacio González Iglesias (3)

(1) SAMU Asturias, (2) Hospital de Jario., (3) AGC Urgencias. Hospital Vital Álvarez-Buylla

**Identificador:** 37

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Calidad Asistencial; Satisfacción del paciente; Cardioversión eléctrica

## Introducción :

La Fibrilación Auricular (FA) y el Flutter son arritmias con alta prevalencia y alta tasa de morbimortalidad. La cardioversión eléctrica programada (CVE) es una técnica eficaz con alta tasa de éxito de reversión a ritmo sinusal y muy baja tasa de complicaciones. Su realización en Urgencias no es una práctica habitual a pesar de que implica una reducción de la estancia hospitalaria y aporta una mayor seguridad a todo el proceso.

## Objetivo :

Los objetivos de este estudio son evaluar la calidad percibida por los pacientes en el proceso de CVE programada en Urgencias, el análisis descriptivo del proceso y la definición e implantación de acciones de mejora.

## Método :

Se trata de un estudio observacional y descriptivo de la CVE programada en Urgencias durante los años 2022 y 2023. Se realizó una entrevista telefónica voluntaria y anónima a los pacientes a los que se les había realizado CVEP durante este periodo. Se utilizó un cuestionario elaborado por la Dirección de Urgencias y validado por la Unidad de Calidad. Se plantearon cuestiones sobre la satisfacción global del paciente (Escala Likert), la calidad de la información recibida, la percepción del miedo, las molestias posteriores y el uso de analgésicos o pomadas para su alivio; además de recoger datos demográficos y clínicos.

## Resultados :

Se realizó CVE programada en Urgencias a 79 pacientes. La edad media fue de 66 años, siendo el 80% hombres y el 20% mujeres. La arritmia más frecuente fue la FA (82%). Un 91% revirtió a ritmo sinusal, siendo preciso la administración de una única descarga en la mayoría de los pacientes (68%).

La encuesta muestra un muy alto grado de satisfacción con sólo tres pacientes poco satisfechos y ninguno nada satisfecho. Un 4% de los pacientes refirió no haber recibido información del procedimiento por parte del Servicio de Cardiología, mientras que para el 96% la información fue adecuada.

Para el 75% era su primera CVE. En referente al miedo ante el procedimiento, un 59% afirmó no haber sentido nada de miedo, mientras que un 8% sintió mucho. La información dada en el hospital contribuyó a disminuir ese miedo en el 89% de los pacientes.

Un 18% de los pacientes tuvo molestias tras la cardioversión, siendo la más frecuente el enrojecimiento. Un 3% precisó calmantes y un 18% usó una pomada para el enrojecimiento.

Tras la encuesta se revisó el manual del proceso, se elaboró una batería de indicadores propios, se actualizó el listado de verificación, se elaboró una Hoja de Información al Paciente sobre la CVE programada y se comenzó a realizar el análisis del proceso basado en la contabilidad analítica

## Conclusiones :

La experiencia vivida por parte de los pacientes, desde que son vistos en la consulta de cardiología, hasta que son dados de alta en urgencias, determina su satisfacción global con el procedimiento. El uso combinado de encuestas de satisfacción y herramientas de gestión ha de demostrado ser una buena estrategia para la mejora de los procesos

## Referencias

<sup>1</sup> Gerhard Hindricks, Tatjana Potpara, Nikolaos Dagres, Elena Arbelo, Jeroen J. Bax, Carina Blomström-Lundqvist, Giuseppe Boriani, Manuel Castella, Gheorghe-Andrei Dan, Polychronis E. Dilaveris, Laurent Fauchier, Gerasimos Filippatos, Jonathan M. Kalman, Mark La Meir, Deirdre A. Lane, Jean-Pierre Lebeau, Maddalena Lettino, Gregory Y.H. Lip, Fausto J. Pinto, G. Neil Thomas, Marco Valgimigli, Isabelle C. Van Gelder, Bart P. Van Putte, Caroline L. Watkins, Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y

tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrilación auricularDesarrollada con la colaboración especial de la European Heart Rhythm Association (EHRA) de la ESC, Revista Española de Cardiología, Volume 74, Issue 5, 2021, Pages 437.e1-437.e116, ISSN 0300-8932, <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.10.022>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893220306953>)

<sup>2</sup> Furniss SS, Sneyd JR. Safe sedation in modern cardiological practice. *Heart*. 2015 Oct;101(19):1526-30. doi: 10.1136/heartjnl-2015-307656. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26085525.

<sup>3</sup> Voskoboinik A, Kalman E, Plunkett G, Knott J, Moskovitch J, Sanders P, Kistler PM, Kalman JM. A comparison of early versus delayed elective electrical cardioversion for recurrent episodes of persistent atrial fibrillation: A multi-center study. *Int J Cardiol*. 2019 Jun 1;284:33-37. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.10.068. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30917880.

# COMPARACIÓN DE LOS DATOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL ÁREA SANITARIA I CON EL RECALMIN 2023

Marcos Álvarez Pérez (1), Jose Manuel Fernandez Carreira (1)

(1) Hospital de Jarrio

**Identificador:** 38

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Medicina Interna, RECALMIN, área

## Introducción

El registro RECALMIN (REcursos y CALidad en Medicina INterna) es una herramienta impulsada por la SEMI junto al IMAS para mejorar la calidad en la asistencia y aumentar la eficiencia de las Unidades de Medicina Interna (UMI). Incorpora encuestas de actividad a las UMI y la explotación de la base de datos del CMBD 2021

## Objetivos

Comparar los datos asistenciales de nuestra UMI con los datos registrados en el RECALMIN

## Métodos

Estudio descriptivo comparando los datos asistenciales de nuestra UMI con el RECALMIN 2023 para hospitales <200 camas. Se analizan las siguientes variables: población de referencia del área, nº y tasa de internistas x 10<sup>5</sup> habitantes, % de médicos con especialidades distintas a la MI incluidas en la UMI, nº altas hospitalarias y diagnósticos más frecuentes, estancia media, tasa de mortalidad, nº de consultas primeras, relación sucesivas/primeras, % de consultas monográficas y % de asistencia compartida

## Resultados

La población media de referencia por área en el RECALMIN es de 96.564±45.670 habitantes y en nuestra área 43.072 habitantes. En cuanto al nº y tasa de internistas x 10<sup>5</sup> habitantes en el registro nacional 11 médicos internistas y una tasa de 12.5±5.3 internistas; mientras que en nuestra área 10 médicos y una tasa de 23.2. El % de médicos de otras especialidades incluidos en los SMI sería del 66.7% en el RECALMIN y el 33.3% en nuestro hospital. Respecto al nº de altas en 2021, 1986±674 altas en RECALMIN y 1240 altas en nuestra UMI. Los diagnósticos de alta más frecuentes en el registro RECALMIN fueron el COVID 19 (126.053) y otros trastornos del aparato urinario (38.034). En nuestra UMI los diagnósticos más frecuentes al alta resultaron la IC (213) y el EPOC (100). En cuanto a estancia media en RECALMIN una estancia media de 6.9±1 día y en nuestra UMI 7.8 días y tasa de mortalidad en RECALMIN 13.7±4.2% y en nuestra UMI 11.6%. Respecto a la actividad de consultas un nº de visitas primeras en RECALMIN de 1240±1091, en nuestro centro 868 ; y una relación sucesivas:primeras 3:1 en RECALMIN y 2.7:1 en nuestro centro. Nuestra UMI no dispone de asistencia compartida. Según RECALMIN 2023 existen sobre todo para Cirugía General y Traumatología (33.3%, respectivamente). Nuestra UMI no dispone de consultas monográficas. Según RECALMIN 2023 las más frecuentes son VIH, Infecciosas e IC, con un 41.7% cada una respectivamente

## Conclusiones/Discusión

Nuestra Área Sanitaria tiene una población de referencia bastante más reducida que los hospitales del RECALMIN < 200 camas. Detectamos en nuestra UMI una mayor tasa de internistas x 10<sup>5</sup> habitantes y una menor actividad asistencial. El tener una tasa de internistas x 10<sup>5</sup> habitantes más elevada no se traduce en que la UMI disponga de asistencia compartida o consultas monográficas. El % de médicos no especialistas en MI incluidos en nuestra UMI es más baja, lo que puede explicar la mayor tasa de internistas. Los diagnósticos al alta son distintos al RECALMIN con IC y EPOC a la cabeza



# ADSCRIPCIÓN Y LIDERAZGO DE UN HOSPITAL DE 3º NIVEL AL PROGRAMA DE SANIDAD POR EL CLIMA. UN PROYECTO INNOVADOR.

*jose luis carretero ares (1), ADY ANGELICA CASTRO ACOSTA (2), JOSU JIMENEZ IDOETA (3), FRANCISCO JOSE JIMENO DERMUT (4), RAQUEL BENITO SANTOS (1), CRISTINA CAMPOVERDE ORTEGA (5), MAR MARTINEZ SUAREZ (3)*

*(1) HUCA. AREA SANITARIA IV. ASTURIAS, (2) CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA ISCIII. MADRID, (3) HUCA. AREA SANITARIA IV., (4) HUCA. AREA IV ASTURIAS., (5) HUCA. AREA SANITARIA IV ASTURIAS*

**Identificador:** 39

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Huella de Carbono, Transformación digital, Equidad

## INTRODUCCIÓN

En el contexto de un programa de liderazgo en transformación digital del Ministerio de Sanidad, se pretende reducir la huella de carbono en un hospital de 3º nivel dentro de las directrices de ATACH (Alianza para la lucha del cambio climático de la OMS-Organización Mundial de la Salud-). La huella de carbono de una organización se define como la totalidad de gases de efecto invernadero emitidos por efecto directo o indirecto a través de la actividad que desarrolla dicha organización. Se estima que la huella de carbono del sector salud equivale al 4,4% de las emisiones globales netas, por lo tanto, si el sector de la salud fuese un país, sería el quinto emisor del planeta. La herramienta Scope CO2 (<http://sanidadporelclima.es/>) proporciona las herramientas para pertenecer a la red de centros sanitarios que actúan sobre la reducción de CO2.

## OBJETIVOS

Concienciar a la organización del Centro Sanitario de la importancia de pertenecer a una red de centros sanitarios con el objetivo de reducir la huella de carbono.

Inscribir al hospital en la asociación de centros sanitarios, y aportar los datos solicitados para el cálculo de la huella de carbono por herramienta Scope CO2.

Liderar un programa de salud medioambiental en el área desde un hospital de 3º nivel.

## MÉTODOS

Realización de sesión por videoconferencia con responsables del departamento Medioambiental de la OMS (PHE) responsables de ATACH. Solicitud y acreditación por parte de responsables de salud medioambiental del Ministerio de Sanidad para inscripción al ATACH Global Meeting (4-5 marzo Madrid). Presentación y permiso del proyecto al Ministerio (dentro del programa de liderazgo en transformación digital), a la dirección del HUCA, e inscripción en la herramienta del ministerio Scope CO2 (principios abril de 2024).

## RESULTADOS

Preliminares. Se hace en base a dos bloques:

-1º) Información requerida para el cálculo de la huella de carbono, que agrupa 6 secciones, recogidas e implementadas en el HUCA: 1. CONSUMO DE COMBUSTIBLES FÓSILES EN INSTALACIONES FIJAS. 2. CONSUMO DE GASES REFRIGERANTES. 3. CONSUMO DE GASES ANESTÉSICOS. 4. CONSUMO GASES EXTINCIÓN DE INCENDIOS. 5. DESPLAZAMIENTOS PROFESIONALES CON VEHÍCULOS EN PROPIEDAD. 6. CONSUMO ELECTRICIDAD.

-2º) Información a notificar al Ministerio de Sanidad, que agrupan datos generales del Centro sanitario, los datos obtenidos de la herramienta de la huella de carbono (Scope CO2), datos de energías renovables e información adicional.

## CONCLUSIONES

Iniciamos un proyecto innovador en Asturias de transformación digital dirigido a la reducción de la huella de Carbono en el HUCA, y al que esperamos se unan otros Centros Sanitarios de la CCAA.

La pertenencia a la red de centros sanitarios que actúan sobre la reducción de CO2 del Ministerio de Sanidad puede proporcionar sinergias, establecimiento de directrices y traspaso de información para la disminución de la huella de carbono en los centros sanitarios nacionales.

#### **Referencias**

<sup>1</sup> Planetary Health and Hospitals' Contribution-A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(20), 13536; <https://doi.org/10.3390/ijerph192013536>



# PROTOCOLIZACIÓN E INTEGRACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA PROFILAXIS DE ÚLCERAS POR ESTRÉS EN PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

CELIA FADÓN HERRERA (1), CAROLINA DÍAZ ROMERO (1), IVÁN MARAY MATEOS (1), ANDRÉS CONCHA TORRE (1), ANA VIVANCO ALLENDE (1), ANA LOZANO BLÁZQUEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**Identificador:** 40

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Profilaxis úlceras por estrés, paciente crítico pediátrico, protocolo, prescripción asistida

## INTRODUCCIÓN

Una de las posibles complicaciones en el paciente crítico pediátrico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son las úlceras por estrés en estómago, duodeno y vías digestivas altas (VDA). Sin embargo, la prevalencia varía dependiendo de la severidad de la enfermedad y métodos de diagnóstico, siendo raras las hemorragias de VDA severas (HVDA).

La evidencia en relación a la profilaxis de úlceras por estrés en pediatría es insuficiente y controversial, actualmente no existe ninguna guía o documento de consenso. Además, no es una práctica exenta de riesgos, el aumento del pH gástrico producido por los IBP o anti-H2 puede favorecer la colonización del estómago por patógenos, aumentando el riesgo de neumonía asociada a la ventilación y de diarrea por Clostridioides difficile.

## OBJETIVOS

Diseñar un protocolo entre los servicios de UCI Pediátrica y Farmacia en base a la evidencia científica para mejorar la calidad asistencial, limitando la profilaxis de úlceras por estrés para aquellos pacientes críticos que realmente se beneficien, e incorporarlo en la historia clínica electrónica (Millenium®) para realizar una prescripción asistida y segura.

## MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline sobre la evidencia disponible hasta el momento. Los términos empleados fueron: "stress ulcer" AND "prophylaxis" AND "pediatric"; aplicando los filtros "Meta-Analysis" y "Meta-Analysis, Systematic Review".

## RESULTADOS

Se seleccionaron 2 meta-análisis y una revisión sistemática sobre profilaxis de úlceras por estrés en pediatría.

Las HVDA en niños críticamente enfermos no suelen ser clínicamente significativas, por tanto, se propone restringir la profilaxis a pacientes con al menos 2 factores de riesgo de hemorragia severa (sepsis, fallo renal, fallo hepático, trasplante, cirugía mayor, con antiagregantes o AINEs y altas dosis de corticoides) o uno mayor (ventilación con presión positiva >48h, coagulopatía, úlceras o sangrados digestivos en <1año, quemaduras extensas y trauma cerebral o espinal agudo). Además, la nutrición enteral es un factor protector frente al desarrollo de úlceras por estrés.

Asimismo, se recuerda reevaluar diariamente los factores de riesgo y la necesidad de profilaxis, priorizando la vía enteral frente a la parenteral.

Los fármacos incluidos en el protocolo son: omeprazol, famotidina y sucralfato por vía oral, sonda nasogástrica e intravenosa (excepto para sucralfato).

Todo esto se incorporó en un protocolo "PowerPlan" en la prescripción electrónica para facilitar la toma de decisiones.

## CONCLUSIÓN

La protocolización de las actuaciones clínicas en el ámbito hospitalario y su combinación con el uso de sistemas de ayuda a la prescripción constituye una herramienta fundamental en la práctica diaria. Esto mejora la calidad asistencial, garantizando la seguridad, especialmente en pediatría, un grupo altamente susceptible.

Como acciones futuras, se propone evaluar el impacto del uso del protocolo y la incidencia de úlceras en UCI Pediátrica.

# EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA ONCOLÓGICA

CAROLINA DÍAZ ROMERO (1), CELIA FADÓN HERRERA (1), CLAUDIA ORALLO LUNA (1), ALBA MARTINEZ TORRÓN (1), ALICIA CASO GONZÁLEZ (1), MÓNICA CARBAJALES ÁLVAREZ (1), ANA LOZANO BLÁZQUEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**Identificador:** 41

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Atención Farmacéutica Oncológica, encuesta, satisfacción

## INTRODUCCIÓN

En el 2021, se creó, desde la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Farmacia del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), una consulta de Atención Farmacéutica específica para pacientes con tratamiento oncológico. La complejidad intrínseca de la enfermedad y los posibles efectos adversos del tratamiento hacen necesaria una atención individualizada. La finalidad de esta consulta es proporcionar una atención farmacéutica personalizada para conseguir la máxima eficiencia y seguridad del tratamiento.

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con la consulta de Atención Farmacéutica Oncológica, identificando los puntos fuertes y oportunidades de mejora.

## MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de los pacientes atendidos en la consulta de Atención Farmacéutica Oncológica durante dos periodos: del 5-23 de junio de 2023 (3 semanas) y del 15 de enero al 9 de febrero de 2024 (4 semanas).

Se diseñó una encuesta a través de "Google Forms", anónima y voluntaria; que podía cumplimentarse en formato papel u online a través de código QR. Se evaluaron dos aspectos: organización de la consulta e información proporcionada. El primero se evaluó con 5 ítems, desde muy insatisfactorio (peor experiencia) hasta muy satisfactorio (mejor experiencia) y el segundo con formato de respuesta Sí/No. La encuesta incluía una valoración final sobre el grado de satisfacción general del paciente así como la posibilidad de aportar sugerencias.

## RESULTADOS

De las 235 encuestas entregadas, fueron cumplimentadas 125: 63 en papel y 62 online, siendo la tasa de respuesta 53,1%.

En cuanto a la organización de la consulta, los aspectos peor valorados fueron: la sala de espera (un 55% de los pacientes consideró que era muy insatisfactoria o insatisfactoria) y su ubicación (un 42% la consideró muy insatisfactoria o insatisfactoria). En cambio, el tiempo de atención fue el aspecto mejor valorado, considerado como satisfactorio o muy satisfactorio por un 92% de los pacientes.

Respecto a la atención farmacéutica: el 100% de los pacientes manifestaron haber recibido información sobre cómo tomar su tratamiento, un 98,4% información sobre efectos adversos; y un 92% sobre interacciones. Asimismo, el 98,4% manifestó haber entendido la información proporcionada.

Un 86% de los pacientes expresaron estar satisfechos o muy satisfechos con la Consulta de Atención Farmacéutica Oncológica de forma global.

Finalmente, un 60% cumplimentó el apartado de observaciones: el 20% expresó agradecimientos a la atención farmacéutica recibida y el 60% quejas sobre las características de la sala de espera, ubicación de la consulta y sistema de llamada.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos mediante la encuesta son muy positivos en relación a la atención prestada por el farmacéutico. Sin embargo, se han detectado oportunidades de mejora a nivel organizativo, dado que ni la sala de espera ni la ubicación de la consulta se adaptan a las necesidades de los pacientes.

# Análisis de un evento adverso relacionado con la medicación.

*Jorge Martín Navarro (1), Andrea García Fernández (1), Cristina Campoverde Ortega (1), Julio César Alonso Lorenzo (2), María del Mar Martínez Suárez (1), Marta Mateos Mazón (1), Jose Luis Carretero Ares (1)*

*(1) HUCA, (2) Gerencia Área IV*

**Identificador:** 42

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** seguridad del paciente, receta electrónica, calidad asistencial, evento adverso, prescripción

## Introducción

Un evento adverso es un incidente que ocasiona daños al paciente provocados por la atención sanitaria. Según ENEAS, el 39% de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la prescripción y/o administración de medicamentos.

La creación de una cultura institucional orientada hacia la seguridad del paciente y la mejora continua de los procesos asistenciales son aspectos esenciales para prevenir incidentes adversos y promover un entorno de atención seguro y eficaz.

## Objetivos

Identificar los problemas en relación con los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria a partir de un caso de Cushing iatrogénico; específicamente los vinculados a la prescripción y gestión del seguimiento de pacientes.

## Métodos

A partir de un contacto con el servicio de MPySP del HUCA por un cuadro infeccioso se identificó un Síndrome de Cushing iatrogénico.

Se realizó una valoración de la información existente en la historia clínica electrónica tanto del Hospital como de Atención Primaria. A partir de esa información se reconstruyeron todos los procedimientos clínicos y administrativos relevantes a efectos del manejo seguro del paciente.

Se realizó una simulación de un análisis causa-raíz de este caso y se realizó la declaración en SINASP.

## Resultados

El análisis del incidente reveló que la prescripción de una pauta de corticoides con una duración inadecuada, debido a una comunicación deficitaria fue la causa principal. A pesar de las indicaciones iniciales de suspender los corticoides tras 15 días del procedimiento al que fue sometido, el paciente continuó tomando la medicación, lo cual derivó en una prolongada exposición a dexametasona, desencadenando un síndrome de Cushing iatrogénico.

Causas subyacentes:

Normas: faltan protocolos de supervisión y verificación de la prescripción.

Organización: Falta de coordinación y comunicación entre servicios médicos-quirúrgicos y Atención Primaria en el seguimiento del paciente.

Cultura: falta gestión proactiva de riesgos.

Factores Humanos: inadecuada comunicación interdisciplinar y con el paciente.

Causas contribuyentes: inadecuado uso de receta electrónica ambulatoria, permitiendo prescripción crónica para un medicamento potencialmente peligroso con ausencia de alertas y límites en dosis y duración.

Conclusiones y recomendaciones:

Las principales causas que contibuyeron a este evento son:

Ausencia de sistemas de alerta en la prescripción electrónica de medicamentos en Millenium.

Elaboración de informes de alta sin especificar las condiciones específicas de retirada de la medicación.

Mal uso del sistema de receta electrónica, realizando una prescripción crónica para un medicamento peligroso sin medidas de control.

Recomendaciones:

Revisar prescripciones activas en cada visita médica.

Introducir alertas para corticoides en la receta electrónica.

Formar en el uso adecuado de receta electrónica.

Informar al paciente de los riesgos de su medicación, verificando su comprensión.

# LIDERANDO UN PLAN DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL PARA REDUCCIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO EN AREA SANITARIA IV. PROYECTO HUCA.

*jose luis carretero ares (1), ADY ANGELICA CASTRO ACOSTA (2), FRANCISCO JOSE JIMENO DERMUT (3), JOSU JIMENEZ IDOETA (3), MARTA MATEOS MAZÓN (4), LUIS SOLIS GONZALEZ (4), MAR MARTINEZ SUAREZ (3)*

*(1) HUCA, (2) CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA ISCIII., (3) HUCA. AREA SANITARIA IV., (4) HUCA. AREA SANITARIA IV. ASTURIAS*

**Identificador:** 43

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Huella de Carbono, Salud Publica, Indicadores

## INTRODUCCIÓN

Se estima que la huella de carbono del sector salud equivale al 4,4% de las emisiones globales mundiales. Su reducción redundaría en una mejora de la salud poblacional, un ahorro en el gasto energético y económico, y consecuentemente un aumento de la equidad. A través de un proyecto de liderazgo en transformación digital del Ministerio de Sanidad, y las directrices elaboradas por el protocolo ATACH (Alianza para la lucha del cambio climático de la OMS-Organización Mundial de la Salud-), y el programa de centros sanitarios comprometidos con la reducción de la huella de carbono (scope CO2) del Ministerio de Sanidad, se valora una serie de indicadores medioambientales para determinar su repercusión en la institución, desde un proyecto anterior en un centro de Salud del área (Ventanielles).

## OBJETIVOS

Establecer las directrices de actuación para la reducción de la huella de carbono en un hospital de 3º nivel.

Priorizar y monitorizar por medio de indicadores los parámetros más relevantes para la disminución del impacto medioambiental.

Liderar un programa de salud medioambiental en el área desde un hospital de 3º nivel.

## METODOS

Revisión bibliográfica de bases de datos bibliográficas en Pubmed, Google Scholar, Scopus y bases de datos de la OMS, para valorar parámetros medioambientales.

Establecimiento de 3 líneas estratégicas con un cronograma establecido desde abril 2024 (actualización de líneas para reducción de la huella de carbono, aplicación nuevas tecnologías y síntesis de indicadores clave de rendimiento (KPIs)) . Recogida y validación de datos, ampliación de la monitorización de datos, y por último la priorización de KPIs para evaluar la efectividad del proceso, con el fin de definir un cuadro de mandos.

## RESULTADOS

Preliminares. Sobre las 7 líneas sostenibles de actuación del Scope CO2 (Liderazgo, Procedimientos químicos, Basura, Energía, Agua, Transporte, Comida, Productos farmacéuticos, Diseño de Edificios y Compras) se sintetizan un listado de KPIs (Emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) por unidad de área o por cama de hospital, Consumo energético por paciente atendido o por área de hospital, Uso de energía renovable, Reducción de residuos médicos, Kilómetros recorridos por transporte relacionado con el hospital, Certificaciones de sostenibilidad, Participación del personal e Impacto en la salud pública), monitorizando y valorando actualmente las actuaciones sobre emisiones de gases y consumo energético.

## CONCLUSIONES

La piedra angular de la reducción de la huella de carbono en centros sanitarios es la transformación digital. La

concienciación del personal, y la implementación de medidas e indicadores que se pueden monitorizar, proporciona una reducción en el impacto de la huella de carbono, y provoca un gran impacto poblacional en el centro, y más a nivel de Salud Pública.

#### Referencias

<sup>1</sup> Environmental sustainability in hospitals - a systematic review and research agenda. <https://doi.org/10.1177/1355819614534836>



# La información de Calidad y Seguridad en el punto de uso

Joaquín Menchaca Muñiz (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

**Identificador:** 44

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Cartelería corporativa, comunicación, calidad, seguridad.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la información corporativa relacionada con aspectos de seguridad y/o calidad se encuentra en documentos en soporte papel que se distribuyen y colocan en el conjunto de dispositivos, Unidades y Centros de atención sanitaria con el fin de hacer llegar y concienciar a los profesionales de los mismos de determinadas normas, reglas y/o pautas de actuación.

## OBJETIVOS

Facilitar a los profesionales el acceso a la información relacionada con las normas de calidad y seguridad del Centro.

Garantizar el acceso a la información actualizada.

Reducir la cartelería existente en el momento actual con el consiguiente ahorro en costes.

Normalizar los puntos de acceso a la información en las Unidades y Centros.

## MÉTODOS

Análisis y recopilación de la información corporativa disponible en un muestreo de las Unidades hospitalarias y Centros de salud del ASIV.

Revisión del formato en el que se encuentra la información.

Comprobación del lugar de ubicación de la información corporativa.

Análisis de las dificultades de acceso a la información y posibles soluciones alternativas.

## RESULTADOS

La existencia de múltiple cartelería en diferentes lugares de las Unidades y Centros es una realidad. Tenemos una media de 12 carteles corporativos por Unidad. Cuantas más normas y medidas de seguridad se implantan este número se incrementa de forma exponencial.

Con este proyecto se podrá acceder a la información con dispositivos móviles, en los propios equipos, mobiliario, local, etc. en definitiva en los lugares donde es necesaria la información, que denominamos puntos de uso.

Elaboramos códigos QR con la información relacionada con cada caso para, los carros de paradas, carros de curas, carros de medicación, equipos médicos y mobiliario clínico. De este modo cada código enlaza a la información actualizada de interés y reduce el volumen de cartelería corporativa.

## CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

En las auditorías de diferentes modelos de certificación y acreditación, es aún muy frecuente la solicitud de disponer de cartelería corporativa sobre varios temas, comunicación efectiva, derechos y deberes de los usuarios, medicación de alto riesgo, plan de autoprotección, etc. Ello genera un intento de los auditados de cumplir el estándar que lleva incluso a duplicar o generar información diferente a la que el Servicio de Salud o Consejería de salud propone.

Así mismo, desde la organización, seguimos con un modelo tradicional de comunicación de la información basado en cartelería que, junto al coste económico y ambiental que supone tiene varios puntos débiles: dificultad de controlar la cartelería existente, riesgo de existencia de información desactualizada, información poco accesible, desconocimiento de los profesionales de la información a pesar del gran número de carteles existentes.

Hemos de reorientar los criterios de calidad relacionados con la documentación en las Unidades, enfocando la atención a la existencia de la información actualizada y la facilidad de acceso a la misma.

#### **Referencias**

<sup>1</sup> Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. · Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC v7). (2017). · Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de gestión para la seguridad del paciente. (2015). Guía de estándares y circuitos de calidad hospitalaria (GECCAs)

## “El profesional sanitario como segunda víctima de un evento adverso: un estudio en redes sociales”

Ana Belén Díez Álvarez (1), Carla Herraiz Díez (1), Marta Eva Láiz Rodríguez (1), Silvia Martínez Villamea (1), Andrea Suárez Banciella (1), Belén Suárez Mier (2)

(1) HUCA, (2) Consejería de Salud

**Identificador:** 45

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Segunda víctima, evento adverso

**INTRODUCCIÓN:** segunda víctima se utilizó por primera vez el 2000 para referirse a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso(EA)

**OBJETIVO:** Conocer la incidencia de este fenómeno entre profesionales sanitarios y realizar una captación para un estudio cualitativo futuro.

**METODOLOGÍA:** estudio observacional descriptivo transversal. La población a estudio fueron sanitarios involucrados en un EA. Al considerarlos población oculta se realizó un muestreo virtual en línea, con el método de bola de nieve. Se usó el cuestionario SVEST-E para la recogida de datos, validado al castellano por Santana-Domínguez et al. Se utilizaron las redes sociales para difundirlo. Con los datos recogidos se realizó un estudio estadístico descriptivo e inferencial. Se estableció una significación estadística para valores de  $p < 0,05$ . Con la encuesta, se solicitó un correo electrónico para establecer contacto con quiénes estarían dispuestos a una entrevista, en una futura investigación. El estudio fue aprobado por el CEIM del Principado de Asturias.

**RESULTADOS:** La sensación psicológica más frecuente es la tristeza (4,12+1,0) luego la vergüenza, el miedo y el arrepentimiento (3,81+1,18; 3,60+1,3 y 3,44+1,2). Las sensaciones físicas y la carga mental son las que obtienen mayor puntuación (3,46+1,2), por encima de los problemas con el sueño y la pérdida de apetito (3,17+1,3 y 2,32+1,2). La autoeficacia profesional es una de las dimensiones con mayor puntuación, generando dudas sobre su profesionalidad (3,35+1,3), sentimientos de incompetencia (3,3+1,3) cuestionándose sus habilidades y que exista miedo a realizar determinados procedimientos (3,21+1,3 y 3,19+1,3). Los médicos son los que más puntúan la falta de apoyo institucional (3+0,7), luego enfermería (2,87+0,88), aunque no resultó significativo. Los profesionales con menos de 5 años de experiencia (3,22+0,62), los profesionales con niveles de Máster o Especialista (3,12+0,44) y los médicos (3,11+0,54) presentaron puntuaciones más altas en sufrimiento psicológico que el resto de profesionales encuestados. La forma de apoyo con más puntuación fue la existencia de un programa de ayuda con asesoramiento gratuito (4,25+0,92) y la posibilidad de hablar con un compañero sobre los detalles de lo ocurrido (4,2+0,94).

**DISCUSIÓN:** el daño en la autoestima y la tristeza están por encima de las manifestaciones físicas, sumado a la posible necesidad de descanso o apoyo, puede entenderse como una debilidad que incrementa el daño en el profesional. El mayor sufrimiento psicológico de los profesionales inexpertos y los de mayor capacitación puede deberse a la inexperiencia en el primer caso y una falsa sensación de seguridad en los segundos. Sería interesante saber cuánto tiempo ha pasado desde el evento y la gravedad, lo que asumimos como una limitación de nuestro estudio. Conocer cómo afronta el profesional un EA y las herramientas que pueden contribuir a la recuperación y disminución del sufrimiento de los profesionales.

### Referencias

<sup>1</sup> Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf.* 2017; 15(2): 93-102. Carrillo I, Ferrús F, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torrijano ML et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist.* 2016; 31(2):3-10. Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, Chattas G. El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm.* 2018; 8(2):40-45. Kuris EO, Kleuver M, Alsoof D, McDonald CL, Daniels AH. Health Care Professional Mental Health and Supporting the Second Victim - Can Organizations Across the World Do Better? *Am J Med.* 2022. In press. Marr, R., Goyal, A., Quinn, M., & Chopra, V. Support opportunities for second victims lessons learned: a qualitative study of the top 20 US News and World Report Honor Roll Hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1). McCarthy SE, Keane T, Walsh A, Mellon L, Williams

DJ, et al. Effect of after action review on safety culture and second victim experience and its implementation in an Irish hospital: A mixed methods study protocol. *PLoS One*. 2021; 16(11). Santana-Domínguez, I., González-De La Torre, H., & Martín-Martínez, A. (2021). Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVESST-E). *Enf Clínica*. 2021; 31: 334-43. Shuangjiang Z, Huanhuan H, Ling X, Qinghua Z, Mingzhao, X. Second victim experience and support desire among nurses working at regional levels in China. *J Nurs Manag*. 2022. Thompson M, Hunnicutt R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN. Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *J Perianesth Nurs*. 2021.

# Cribado de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente en Traumatología: puesta en marcha y resultados iniciales

María Fernández Prada (1), Sheila Vázquez-López (1), Agripino Jesús Menéndez-González (1), Pía Giménez-Gómez (1), Laura López-Fernández (1), Paula Cienfuegos-González (1), María José Zapico-Baragaño (1)

(1) Hospital Vital Álvarez Buylla

**Identificador:** 46

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** cribado, prevención, *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, traumatología

## Introducción:

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) representan un problema importante de Salud Pública. Según datos del European Center for Disease Prevention and Control, aproximadamente cuatro millones de pacientes adquieren una IRAS cada año. Las últimas publicaciones científicas relacionadas con la actualización de las estrategias para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico que están avaladas por la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), la Association for Professional Infectious Diseases Sociand Epidemiology (APIC), la American Hospital Association (AHA) y la Joint Commission incluyen como práctica esencial la descolonización nasal de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía protésica traumatológica.

## Objetivos:

Describir el proceso y resultados iniciales de la estrategia de cribado de *Staphylococcus Aureus* meticilín resistente (SAMR) en pacientes de Traumatología con indicación de cirugía con implante en el Área Sanitaria VII.

## Métodos:

La estrategia se inició el 18/12/2023 tras el diseño desde el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPYSP), el Servicio de Microbiología (SM) y el Servicio de Traumatología y Ortopedia (STO). El documento fue aprobado por de la Gerencia del Área Sanitaria VII. El circuito de petición comienza en el STO desde donde se solicita el cultivo de exudado nasal, que es realizado en el Área de Extracciones cuando el paciente acude para la realización de pruebas complementarias de preanestesia. Una vez realizado el exudado la muestra se deriva al SM donde es procesada y validada. Los pacientes con muestras positivas para SAMR son contactados telefónicamente desde el SMPYSP para que acudan a la consulta externa de este Servicio donde se les prescribe, facilita e instruye sobre la sistemática de aplicación del tratamiento tópico erradicador y el jabón antiséptico para higiene corporal. De la misma manera, se entrega al paciente la petición para la repetición de la prueba una vez finalizado el tratamiento. Posteriormente, el paciente es de nuevo contactado telefónicamente para informar de resultados y actitud a seguir.

## Resultados:

Entre el 18/12/2023 y el 19/04/2024 se han realizado un total de 102 pruebas, de las cuales 24 fueron pacientes que iban a ser sometidos a cirugía de columna, 32 para prótesis de cadera y 46 para prótesis de rodilla. Se identificaron un total de 6 pacientes (5.88%) con colonización por SAMR que fueron tratados de manera selectiva. La descolonización fue eficaz en el 100% de los casos.

## Conclusiones/Discusión:

Los resultados relacionados con las tasas de colonización son concordantes con los obtenidos por otros autores. Los pacientes identificados fueron informados y tratados de manera eficaz. El circuito de trabajo ha demostrado ser válido y ágil combinando las oportunidades del proceso asistencial del paciente preoperatorio así como el trabajo conjunto de los Servicios implicados.

# EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA DEMORA MEDIA EN CONSULTAS DESDE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (SAC).

LUCÍA ISABEL ÁLVAREZ FERNÁNDEZ (1), RICARDO DE DIOS DEL VALLE (1), MATILDE NAVARRO DORBERT (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**Identificador:** 47

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** "Administración Sanitaria", "Indicadores de Gestión", "Listas de Espera", "Calidad de la Atención de Salud", "Servicio Ambulatorio en Hospital", "Eficiencia organizacional".

## Introducción

Los pacientes en lista de espera y la demora que sufren los mismos se ha visto incrementada de forma significativa en los últimos años. Así en nuestra comunidad autónoma del 2019 al 2023 se ha producido un incremento de las listas de espera de consulta, del número de pacientes en espera del 57,48% y un incremento en la demora del 28,2%, según datos públicos. Las causas son multifactoriales (efectos de la pandemia, aspectos laborales, evolución sociodemográfica, coordinación interniveles...). Frenar este crecimiento exponencial constituye uno de los principales objetivos de planificadores, gestores y profesionales. En este sentido, los Servicios de Atención al Ciudadano deben jugar un papel coordinador clave.

## Objetivos

Analizar el impacto del proyecto de mejora de la reducción de la demora media del Servicio de Oftalmología en un Área Sanitaria mediante la optimización de la lista de espera por parte del Servicio de Atención al Ciudadano.

## Métodos

1. *Objetivo Específico:* Reducir la demora media del Servicio de Oftalmología desde el Servicio de Atención al Ciudadano.
2. *Diseño del Plan de Mejora:* a) Creación Grupo de Trabajo multidisciplinar. b) Análisis de la situación Inicial. c) Diseño de las Actuaciones a implantar: C.1.) Priorización Servicio: Oftalmología. C.2) Descarga pacientes citados y pendientes con motivo consulta. C.3) Priorización Actuación: consultas citadas como primeras con motivo consulta graduación. d) Implementación de las actuaciones. e) Evaluación y seguimiento.
3. *Evaluación del Plan de mejora:* Estudio descriptivo. Ámbito: Consultas Externas Hospital. Período: Inicio de la acción: 11/04/2024. Población: primeras consultas citadas en el Servicio de Oftalmología. Variables: demora media, espera media, activo, estructurales. Fuente: Infolistas. Seguimiento: diario. Análisis: variación pre (01/04/24) y postimplantación(01/05/24).

## Resultados

La demora media del servicio pasa de 177,19 a 165,65 (-7,1%). La espera media pasa de 162 a 175,83 (+8,5%) los estructurales pasan de 9942 a 9434 (-5,11%). La demora de todo el Hospital pasa de 107,16 a 102,24 (-4,59%), la espera media pasa de 89,65 a 89,04 (-0,68%) los estructurales de 47.288 a 46.839 (-0,95%).

## Conclusiones/Discusión

Los resultados del proyecto de mejora han sido positivos en la reducción de la demora media, la espera ha subido lo que es coherente con el trabajo de depuración existente al sacar de lista los más antiguos. Esta mejora es agotable y deberemos proceder a la depuración en otros aspectos. Para poder llegar a detectar un área de mejora es imprescindible tener tiempo y libertad para innovar. Los resultados de este proyecto pueden ser parcialmente extrapolable a otros servicios y centros. Se demuestra que la colaboración entre servicios clínicos y SAC generan sinergias positivas para la organización.

# ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS REPROGRAMACIONES DE CONSULTAS EN UN HOSPITAL

RICARDO DE DIOS DEL VALLE (1), LUCÍA ISABEL ÁLVAREZ FERNÁNDEZ (1), MATILDE NAVARRO DORBERT (1), EVA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ (1), ALEJANDRO GARCÍA HUERGO (1), CAMINO IZQUIERDO BARRIOS (1), VIOLETA RODRÍGUEZ RAMÍREZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**Identificador:** 48

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** "Administración Sanitaria", "Indicadores de Gestión", "Calidad de la Atención de Salud", "Servicio Ambulatorio en Hospital", "Eficiencia organizacional".

## Introducción

Las reprogramaciones de consultas constituye un problema que provoca ineficiencias importantes en el sistema así como insatisfacción de los pacientes. No existen estudios que midan el impacto de este problema. La impresión de los Servicios de Atención la ciudadanía es que este problema está creciendo en nuestra área y dificulta enormemente la gestión de la actividad ambulatoria. Orencio López en su "Manual sobre Gestión de pacientes en el Hospital" estableció un **estándar del 5%** de reprogramaciones, así como un número de citas por administrativo y día de 100 en condiciones óptimas. Con el objetivo de analizar la evolución de este problema y plantear opciones de mejora nos planteamos el presente estudio.

## Objetivos

Analizar el impacto de las reprogramaciones de consultas externas en nuestra área sanitaria y plantear acciones de mejora.

## Métodos

Estudio descriptivo. Ámbito: Consultas Externas Hospital. Período: 2018-2023. Población: consultas programadas y reprogramadas primeras y sucesivas. Variables: tipo de consulta (primera/sucesiva), programada, reprogramada, servicio, año. Fuente: Programa informático del Hospital. Análisis: estimación del coste en personal de las reprogramaciones, variación del % de reprogramación por tipo y año.

## Resultados

Se analizaron todas las consultas programadas y reprogramadas del 2018 al 2023. Un total de 3.502.034 consultas programadas, de las cuales 1.114.893 fueron reprogramadas (31,8%). La estimación de jornadas laborales totales empleadas en ello serían 11.149. Lo que equivale a unas 1858 jornadas/año, lo que podría equivaler a unos 8 administrativos/año. El porcentaje global de reprogramación de primeras fue el 36,77%, y 30,13% en sucesivas. Evolución 2018-2023: el % total de reprogramación pasó del 29,99 al 30,99. En primeras fue del 30,58 al 40,28%, y en sucesivas del 29,77 al 27,77%. Según servicios, en 2018: obstetricia (7,16%), Oncología (10,46%) a Urología (54,08%). En 2023, Obstetricia con 6,62%, Oncología 9,83% y Dermatología 59,92%.

## Conclusiones/Discusión

Podemos observar que el volumen de reprogramaciones supera el estándar del 5%. Este volumen de reprogramaciones conforma una ineficiencia del sistema que tiene impacto económico y, sin duda, tiene impacto en la experiencia y satisfacción del paciente, así como en la satisfacción de los profesionales. Debemos avanzar en lograr mejorar la planificación de la actividad asistencial garantizando la estabilidad de las agendas, trabajar con buzones de solicitudes y realizar estudios valorando la satisfacción de los pacientes se antojan como medidas necesarias a corto y medio plazo.

# ANÁLISIS DE LAS SOLICITUDES DE CONSULTAS EXTERNAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: PERSPECTIVA "AGUAS ARRIBA"

RICARDO DE DIOS DEL VALLE (1), LUCIA ISABEL ÁLVAREZ FERNÁNDEZ (1), ISABEL FERNÁNDEZ SUÁREZ (2), ESTHER FERNÁNDEZ ÁLVAREZ (3), PILAR GONZÁLEZ DÍAZ (1), CRUZ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ (1), MARÍA ESTRELLA FIDALGO GARCÍA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, (2) HOSPITAL MONTE NARANCO, (3) CENTRO DE ESPECIALIDADES DE LA LILA

**Identificador:** 49

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Atención Primaria, Coordinación Asistencial, Atención Ambulatoria, Gestión Sanitaria.

## Introducción

Las listas de espera se pueden definir como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento”. Este problema no se puede entender sólo desde la perspectiva hospitalaria sino que es un problema de la totalidad del sistema sanitario. En ese sentido, en años previos existía un Pacto de Oferta/Demanda de servicios entre Atención Especializada y atención Primaria que recogía la demanda prevista desde el primer nivel asistencial en relación a interconsultas o pruebas diagnósticas, y desde los hospitales se establecía una oferta en consonancia a los recursos existentes y a la organización de los servicios, intentando dar cobertura a esa demanda. Esta forma de trabajo ha ido decayendo progresivamente, y en el momento actual las medidas encaminadas a reducir las listas de espera se basan exclusivamente en medidas en relación con la gestión de la oferta. Tener una visión del problema más integral como sistema sanitario, conlleva también acercarnos al problema con una perspectiva de “aguas arriba” y analizar, no sólo la oferta, sino la demanda existente como paso necesario para llegar a una mejor aproximación a la situación.

## Objetivos

Analizar la evolución de las interconsultas realizadas desde Atención Primaria al Hospital, así como la solicitud de pruebas diagnósticas y de laboratorio desde el 2012 al 2021.

## Métodos

Estudio descriptivo. Ámbito: Atención Primaria. Período: 2012-2021. Población: Interconsultas, pruebas diagnósticas y radiológicas. Variables: Nº interconsultas, Nº Pruebas Radiológicas, Nº de pruebas de laboratorio, tasas/1000 habitantes. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria. Análisis: variación de la tasa de derivaciones, solicitudes de pruebas del 2012 al 2021.

## Resultados

En 10 años estudiados se solicitaron desde AP 1.496.557 consultas al hospital para mayores de 14 años, y 137.016 para menores de 14 años. Se solicitaron 1.826.334 pruebas de laboratorio para >14 años y 81.762 para <14; y 455.799 pruebas radiológicas >14 y 26.131 a <14 años. De 2012 a 2021 crecieron las interconsultas(>14 años) un 53,14%, un 139,26% (<14). Laboratorio: 51,82% (>14) y 61,7% (<14); y 23,17% (>14) y -9,39% (<14). *Tasas/1000 habitantes:* Interconsultas >14: 456,7 (2012), 720,7(2021). <14: 306,77 a 786,58. Laboratorio >14: 481,71 a 753,7; en <14: 169,65 a 293,98. Radiología>14: 128,72 a 163,4, <14: 71,48 a 69,41. Diferencias entre centros de salud, de 547,59 a 911,16 en 2023.

## Conclusiones/Discusión

Incremento de las tasas de derivación a lo largo de los años, con la excepción de radiología pediátrica. Las estrategias “No Hacer” pueden haber contribuido a ello. En España hay un comportamiento inverso de 410,12/1000 hab. atendidos en 2013 vs 372,76 en 2021. En este incremento puede influir la rotación de profesionales en primaria que afecta a la continuidad en la atención. Son necesarias actuaciones conjuntas para mejorar el continuo asistencial AP-H. Debemos tener un sistema de información que permita el seguimiento.



# EVOLUCIÓN LISTA DE ESPERA TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS: RESONANCIA MAGNÉTICA.

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ (1), RICARDO DE DIOS DEL VALLE (1), MATILDE NAVARRO DORBERT (1)  
(1) HUCA

**Identificador:** 50

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** Listas de espera, técnicas diagnósticas, resonancia magnética, demora máxima, demora media, demora media, diagnóstica.

## Introducción:

La lista de espera de técnicas diagnóstica en el Principado de Asturias desde julio de 2014, fecha desde la que se disponen datos de forma continua, vienen sufriendo fluctuaciones mensuales siendo su cifra más alta en marzo de 2016 alcanzando los 1474 días de demora máxima, y siendo en ese periodo la cifra más baja en marzo de 2019 con 677 días de demora máxima.

Desde marzo de 2019 hasta octubre de 2022 esta cifra se ha ido incrementando hasta alcanzar los 1471 días.

Por su parte la demora media alcanzó su punto más alto en el mes de agosto de 2022 llegando a 224,30 días.

## Objetivos:

Llevar a cabo actuaciones desde el Servicio de Atención al Ciudadano que permita la mejora de la demora máxima de las técnicas diagnósticas.

## Método:

Objetivo específico: reducir la demora máxima de las técnicas diagnósticas: resonancia magnética.

Diseño del Plan de Mejora: a) Análisis de la evolución de las listas de espera b) Análisis de la situación c) Implantación de las actuaciones d) Seguimiento

Evaluación del Plan de Mejora: Ámbito: Consultas Externas Huca. Periodo: Inicio de acción: 20/10/2022. Población: Técnicas diagnósticas: resonancia magnética. Variables: diagnóstica, demora máxima, demora media. Fuente: Infolistas, Millenium. Seguimiento: diario.

## Resultados:

Desde que empezamos nuestro Plan de Mejora la demora máxima en resonancia magnética ha pasado de ser 1471 días en octubre de 2022 a 345 días en abril de 2024, mientras que la demora media a pasado de ser 212,90 días en octubre de 2022 a 110,20 días en marzo de 2024.

## Conclusiones:

Una buena gestión de los buzones con pacientes en espera de realizar técnicas diagnósticas, junto con una óptima gestión de las agendas por parte del Servicio de Atención al Ciudadano hace que las demoras máximas y demoras medias se puedan ver disminuidas tal y como se puede comprobar en nuestro Plan de Mejora.

# ANÁLISIS DE URINOCULTIVOS COMO BASE PARA LA OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA ITU EN ATENCIÓN PRIMARIA

Concepción Campillo Martín (1), Julia Carmona González (1), Candela Balado Cabana (2), Mónica Álvarez Álvarez (1), Luz María Alba Álvarez (1), Laura Villa Bajo (1), Javier Fernández Domínguez (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Gerencia Área Sanitaria IV

**Identificador:** 51

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

## Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se encuentran entre los episodios infecciosos más frecuentes en atención primaria. La creciente resistencia a los antibióticos entre las bacterias uropatógenas pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias de optimización diagnóstica y terapéutica de estas infecciones. Según estudios recientes, esta patología se sobrediagnostica y sobretrata con frecuencia, entre otros motivos como consecuencia de una demanda impropia de peticiones de urinocultivos y una interpretación inadecuada de los mismos. Según las últimas guías clínicas, el cribado y tratamiento de la bacteriuria asintomática así como la solicitud de urinocultivos de control postratamiento están contraindicados excepto en situaciones muy concretas.

## Objetivos

El objetivo del presente estudio fue revisar las peticiones de urinocultivos (UC) obtenidos de pacientes atendidos en Atención Primaria del Área Sanitaria IV del SESPA, con el fin de analizar el motivo de indicación de los mismos, los resultados microbiológicos y la adecuación de la terapia antibiótica empírica.

## Métodos

Se revisaron las historias clínicas de 300 pacientes atendidos durante la última semana de enero de 2024 en centros de salud del Área Sanitaria IV y a los cuales se les realizó una petición de UC. Las orinas fueron procesadas en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Central de Asturias. Los datos fueron obtenidos del sistema de historia clínica electrónica (ECAP) y del sistema de gestión de laboratorio (Gestlab). Además del resultado del UC, se revisaron variables como sexo, edad, indicación del UC (ITU, control, embarazo, otros), tratamiento antibiótico empírico, adecuación del mismo y si este fue corregido cuando procedía en base a la sensibilidad antibiótica del microorganismo causal.

## Resultados

Un 76% de los UC pertenecían a mujeres y un 24% a hombres con una media de edad de 60 años y mediana de 64 (Rango intercuartílico 42-78). En cuanto al motivo de petición del UC, el 35% fue por sospecha de ITU, un 36% UC de control, un 8% fueron cribados de bacteriuria asintomática en gestantes y un 22% fueron solicitados por otros motivos o por causas no evaluables.

En los casos en los que el UC se solicitó por sospecha de ITU, un 56% fueron positivos, un 36% negativos, en un 5% se obtuvo crecimiento de microorganismos que forman parte de la microbiota normal urogenital y un 3% se informaron como microbiotas mixtas. Tan sólo el 64% de los episodios de ITU recibieron un tratamiento antibiótico que cubriera el microorganismo recuperado en el UC. Los antibióticos pautados de forma empírica fueron fosfomicina (24%) betalactámicos (24%), quinolonas (24%), cotrimoxazol (18%) y nitrofurantoina (9%). En el 64% de los UC positivos se realizó un UC de control.

## Conclusiones

El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de una estrategia para optimizar el diagnóstico y tratamiento de la ITU en Atención Primaria del Área Sanitaria IV.

# Proyecto para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores

*Fernando Martínez Cuervo (1), Jorge Suárez López (2), María Belén Suárez Mier (3), María Yobana Triguero Estévez (4)*

*(1) Servicios Centrales del Organismo Autónomo ERA, (2) Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores Aurora Álvarez adscrito al Organismo Autónomo ERA, (3) Consejería de Salud del Principado de Asturias., (4) Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores Arriondas adscrito al Organismo Autónomo ERA*

**Identificador:** 52

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** Seguridad, Residencia, Sociosanitario, personas mayores

## Introducción

El perfil de las personas usuarias justifica el desarrollo y establecimiento de aquellas medidas que ayuden a los centros residenciales a prevenir, reducir o eliminar los riesgos de producir un daño innecesario relacionado con la atención.

## Objetivos

Confeccionar un documento de referencia para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores y desarrollar la estructura organizativa y de liderazgo en seguridad del residente.

## Métodos

Superado el momento más crítico de la pandemia se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar que integra profesionales de la Consejería de Salud, del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del ERA coordinado desde la Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud con el objetivo de elaborar un documento que contribuya a promover la cultura de seguridad dentro de la red de dispositivos públicos dependientes del ERA y poder hacerla extensible a toda la red de centros residenciales del Principado de Asturias.

Elaborado el documento, revisado y publicado se planifica su implementación creando la estructura necesaria para su desarrollo. Se designan referentes de seguridad en cada centro residencial y se crea una comisión de seguridad multiprofesional con participación de personas residentes y familiares que asesorarán a la dirección gerencia del ERA con el fin de proponer líneas de actuación y estrategias de mejora continua en los centros.

## Resultados

En septiembre de 2021 se publica el documento Proyecto para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores que se estructura en 7 líneas de trabajo, 24 objetivos y 64 acciones a desarrollar.

Dos elementos clave para el desarrollo de las acciones mencionadas han sido la creación de referentes de seguridad en cada centro y la puesta en marcha de la Comisión de Seguridad del ERA. Así, el Acuerdo de 18 de diciembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se modifican instrumentos de ordenación de puestos de trabajo por razones organizativas y funcionales permite crear las primeras plazas de Responsables de Área Asistencial (responsables de seguridad), llegando en este momento a un total de veintitrés responsables de seguridad que dan soporte al conjunto de centros del ERA.

Por otro lado, por resolución del 11 de mayo de 2021 se crea la Comisión de Seguridad del ERA que viene manteniendo reuniones trimestrales desde septiembre de 2021.

## Conclusiones / Discusión

El proyecto para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores es un proyecto innovador en el ámbito sociosanitario que ha permitido tener un documento de referencia, analizar incidentes relacionados con la seguridad de las personas residentes y poner en marcha propuestas de mejora en la seguridad y la calidad de la atención de los

centros residenciales adscritos al ERA.

# EFFECTOS DE LA REPRESENTACIÓN SINDICAL EN LA SALUD LABORAL Y CALIDAD ASISTENCIAL

*Encarnación García García (1), MARIA DE LOS ANGELES ARGÜELLES TUÑON (2), JOSE ANTONIO GONZALEZ HUMBREIRO (3), ANA ROSA LOPEZ QUIROS (3), YOLANDA FERNANDEZ NORIEGA (3), ROSARIO MORENO FERNANDEZ (3), VERONICA GARCIA DEL CAMPO (3)*

*(1) Hospital Alvarez Buylla, (2) CENTRO DE SALUD POLA DE LENA, (3) HOSPITAL ALVAREZ BUYLLA*

**Identificador:** 53

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** representación laboral, calidad asistencial, salud laboral, representación sindical

## INTRODUCCIÓN

La presente exposición pretende analizar y exponer como influyen los datos relativos a la afiliación sindical y la representación legal de los trabajadores/as en la mejora de sus condiciones laborales. que a su vez, ejercen, por medio del bienestar laboral y la motivación profesional, una influencia indirecta en la calidad asistencial.

## OBJETIVOS:

Conocer, si existen, efectos de la representación legal de profesionales en el ambito laboral sobre la calidad asistencial.

Determinar el tipo de relación existente entre salud laboral, representación sindical y cómo afecta estos factores a la calidad asistencial.

Relacionar el estilo de liderazgo directivo con representación sindical y ver si ejerce algun efecto sobre la calidad asistencial.

## MATERIAL Y METODOS:

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos publicados entre los años 2011 y 2020, en bases de datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), revistas de Ciencias Sociales, Sociedades Científicas de Psicología Organizacional, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Gobiernos Europeos, además de bases de datos científicas relacionadas con Salud Laboral, representación sindical y calidad asistencial.

De esta forma se han encontrado 33 estudios y publicaciones, de los cuales hemos seleccionado 9 que cumplen nuestros objetivos.

## RESULTADOS/CONCLUSION:

El bienestar laboral influye en la calidad asistencial.

La relación estimada entre satisfacción laboral y edad tiene forma de U.

Hay un alto potencial como agentes de salud de los miembros de los Comités de Seguridad y Salud para vertebrar el bienestar organización.

La conexión social, confianza y compañerismo favorecen un mayor nivel de satisfacción en los puestos de trabajo y en la vida en general.

La participación sindical favorece los comportamientos organizacionales positivos y mejora el rendimiento, el absentismo y el trato con los usuarios de la organización.

Necesidad de incrementar el sindicalismo en la Salud Laboral.

La creación de un observatorio de calidad asistencial con participación de representación sindical, mejoraría la calidad asistencial.

# APLICACIÓN DEL MODELO DE LOCALIZACIÓN BASADO EN EL COSTE DE DISTRIBUCIÓN DEL PRODUCTO

*Eva María Cruz Sosa (1), Antonio Rubio Muñiz (1), Rosario Blanco Arnáiz (1), María Gonzalez Rodriguez (1), María Begoña Díaz Rodríguez (1)*

*(1) HUCA*

**Identificador:** 54

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

## Introducción

El cambio previsto en el mapa sanitario del SESPA hace conveniente una revisión de la ubicación de los centros logísticos de las nuevas áreas sanitarias que pasan a tener varios hospitales agrupados a cada una de las respectivas áreas sanitarias.

## Objetivos

Una revisión de la literatura permite ver que existen dos modelos fácilmente aplicables y comparables para colaborar en la toma de decisiones sobre nuevas ubicaciones de centros logísticos en las nuevas áreas sanitarias.

## Métodos

Aplicación de los modelos de:

1. Localización basado en el coste de distribución de producto y del modelo.
2. Centro de gravedad.

Para una evaluación de ambos modelos se hacen las siguientes consideraciones:

- El modelo se aplica al Sespa en global para dar una idea de conjunto aunque es fácilmente exportable a cada una de las nuevas áreas sanitarias.
- Para la aplicación de ambos modelos, la literatura económica aconseja utilizar el peso de los distintos materiales a mover desde los distintos centros logísticos y el importe del transporte por kilómetro entre los distintos centros a los que pasaría a llevar suministros cada central logística.
- La literatura considera que en ausencia de datos sobre volumen en kilogramos se puede utilizar como unidad de medida el número de bultos. Al carecer de este dato concreto, se utiliza como unidad de medida de distribución el número de camas que tiene cada hospital del Sespa. La idea que subyace a esta opción es que cada enfermo hospitalizado tendrá una demanda media de suministros similar.
- Para finalizar, no se considera el precio del transporte por kilómetro dado que cualquier contrato público de transporte en un área sanitaria o a nivel del Sespa puede exigir un precio común para el área que delimita el contrato.

## Resultados

Las coordenadas de la ubicación óptima según Goggle Maps se encuentra en 43°25'00 N 5° 50'17.4 W Arroyo (Llanera).

## Conclusiones

Una mejora en la información con datos de coste por kilómetro y una mayor precisión sobre el material que se pretende mover desde los nuevos centros logísticos a los cada uno de los hospitales que conforman cada área sanitaria permitirá descubrir una ubicación más precisa de los centros logísticos que se vayan creando según se vaya produciendo la integración de las nuevas áreas sanitarias.

# APLICACIÓN DEL MODELO DEL CICLO DE VIDA DE UN PRODUCTO AL ÁMBITO SANITARIO.

*Antonio Rubio Muñiz (1), Eva María Cruz Sosa (1), María Gonzalez Rodriguez (1), Rosario Blanco Arnáiz (1), María Begoña Díaz Rodríguez (1)*

(1) HUCA

**Identificador:** 55

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

## Introducción

El marketing además de publicitar productos para su venta, se encarga del estudio de los mercados, detectar las necesidades de los consumidores y definir en base a esas necesidades los productos que debe producir la empresa

## Objetivo

Comprobar en qué medida el modelo del ciclo de vida de un producto (MCVP) puede afectar al ámbito sanitario

Teniendo en cuenta que el ciclo de vida del producto mantiene en el mercado mientras este sea rentable y poner a disposición de los mercados nuevas ofertas que sustituyen o complementen con ventaja a los productos actuales

Principales etapas:

1. **Etapas de iniciación y lanzamiento:** sus ventas son pequeñas y el crecimiento lento
2. **Etapas de crecimiento:** conocido el producto y sus cualidades crece el volumen de ventas
3. **Etapas de madurez:** la llegada de productos sustitutivos provoca un descenso en las ventas y los beneficios
4. **Etapas de declive.** Los productos sustitutivos acaparan mayor cuota de mercado, descendiendo las ventas y los beneficios hasta su desaparición del mercado

## Método

Aplicación del MCVP al entorno sanitario se ve condicionada porque la protección de la salud y la atención sanitaria es un derecho, por lo que cabría considerarse que se encuentra fuera del mercado

Sin embargo, podría aplicarse si se cambia la perspectiva económica y se toma como referencia las preferencias de los ciudadanos puesto que aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el ente que engloba las prestaciones y servicios sanitarios en España, no es exclusivamente el único prestador de estos servicios

Para averiguar la etapa en la que se encuentra la sanidad como "producto/servicio" se puede tomar como referencia el estudio realizado por la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que cifra en 12.4 millones las personas con seguro privado en España

## Resultados

Esta cuota de mercado, por parte del sector privado, pone de manifiesto que haya que tomar en consideración que la Sanidad Pública ha llegado a una etapa de madurez en que los productos sustitutivos están provocando un descenso en la cuota de mercado que tiene la sanidad pública considerando ambas como parte complementarias en el gasto en salud del PIB.

## Conclusiones

Por ese motivo, se plantea que ha llegado el momento de:

1. **Comprobar que necesidades cubren esos procesos sustitutivos** para tomar en consideración sistemas



innovadores de producción caracterizados por un alto volumen de producción y mejoras en el control de costes con el fin de mantener la cuota de mercado.

2. **Tomar en consideración lo que están realizando “nuestros competidores”** pues es una forma de ver las demandas emergentes en sanidad -como los centros de alta resolución- de quienes tienen un poder adquisitivo suficiente para permitirse un seguro privado y así ofrecer esos servicios a quienes todavía vivimos bajo el paraguas de la sanidad pública.

# IMPLANTACION DEL ALGORITMO 0/1 y 0/2 HORAS EN LA DETERMINACIÓN SERIADA DE TROPONINA T EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

Pablo García Hernández (1), Carmen García Álvarez (1), Adela Cortés Gimenez-Coral (1), Marta Valle García (1),  
Salomé Cueto Fernández (1), María Begoña Álvarez Muñoz (1)

(1) Fundación Hospital de Jove

**Identificador:** 56

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Larga

**Palabras clave:** troponina, dolor torácico, urgencias, laboratorio, pruebas diagnósticas

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con dolor torácico (DT) representan una proporción importante de todas las urgencias médicas. El diagnóstico del síndrome coronario agudo se realiza a partir de la presentación clínica, el electrocardiograma y el aumento de la concentración de proteínas miocárdicas (troponinas)

La Sociedad Europea de Cardiología, en el año 2020 sugirió la sustitución del algoritmo 0/3 y 0/4 horas en la determinación de troponinas T cardíacas de alta sensibilidad por un algoritmo 0/1 horas ó 0/2 horas siempre que el paciente presente un DT de más de 3 horas de evolución.

## OBJETIVOS

Evaluar la implantación de los protocolos de seriación de troponina T ultrasensible de 0/1 y 0/2 horas en pacientes que acuden al servicio de urgencias (SU) con DT

## MATERIAL Y METODOS

Se recogieron datos retrospectivamente del Sistema Informático de Laboratorio de todas las troponinas T realizadas a pacientes que acudieron al SU entre enero de 2021 y octubre de 2023 y los tiempos de respuesta. En aquellas que se llevó a cabo una cinética se calculó la diferencia de tiempo entre el momento de extracción de las muestras.

Los datos se agruparon en tres periodos: a) periodo de pilotaje previo a la implantación del protocolo en el SU (enero 2021-enero 2022), en el que aún existía una limitación de aislamiento de pacientes por COVID b) periodo tras la implantación (febrero 2022-abril 2023) y c) periodo tras la renovación tecnológica del equipamiento del laboratorio (mayo 2023-octubre 2023)

En dicha renovación se sustituyeron los equipos cobas 6000 por equipos cobas Pro y cobas Pure, con mejoras en la gestión de las muestras y menor tiempo de análisis

## RESULTADOS

Se recogieron 12384 determinaciones de troponina T, que se correspondieron con un total de 2464 cinéticas (733 en el periodo 1, 1189 en el periodo 2 y 542 en el periodo 3).

En el periodo 1 se realizaron 203 cinéticas 0/1 horas (27,7%), 290 cinéticas de 0/2 horas (39,6%), 187 cinéticas 0/3 horas

(25,5%) y 53 cinéticas de 0/4 horas (7,2%).

En el periodo 2 se realizaron 407 cinéticas 0/1 hora (34,2%), 511 cinéticas 0/2 horas (43,0%), 211 cinéticas 0/3 horas (17,7%) y 60 cinéticas 0/4 horas (5,0%).

En el periodo 3 se realizaron 234 cinéticas 0/1 hora (43,2%), 180 cinéticas 0/2 horas (33,2%), 104 cinéticas 0/3 horas (19,2%) y 24 cinéticas 0/4 horas (4,4%).

El tiempo medio de respuesta fue de 44,37 minutos, 41,47 minutos y 37,12 minutos para los periodos 1, 2 y 3 respectivamente

## CONCLUSIÓN

La implantación del protocolo en nuestro centro ha permitido aumentar en un 9.1% el número de cinéticas realizadas según las nuevas recomendaciones 0/1 y 0/2 horas. En la actualidad, el 76,4% de las cinéticas realizadas se ajustan a los nuevos protocolos, reduciendo los tiempos de diagnóstico y de estancia en el SU.

El compromiso por parte de los profesionales sanitarios junto al apoyo tecnológico han sido claves para la implementación con éxito de estos protocolos, siendo el primer hospital de Asturias en implementarlos con éxito.

# Clima laboral: Un trabajo de todos.

Natalia García Santos (1)

(1) Fundación Hospital de Avilés

**Identificador:** 57

**Tipo de comunicación:** Comunicación Oral Breve

**Palabras clave:** humanización, clima, profesionales, satisfacción

## Introducción

La satisfacción del personal es un factor clave para el desarrollo de su trabajo y el buen funcionamiento de la organización. La encuesta de clima laboral es una herramienta fundamental en cualquier organización para detectar puntos fuertes y oportunidades de mejora.

## Objetivos

- Conocer la situación de los y las profesionales en su ámbito laboral a nivel global y en los diferentes servicios o categorías.
- Establecer un plan con medidas correctivas que mejoren el desarrollo del trabajo de nuestros profesionales.
- Humanizar la línea estratégica de profesionales y fomentar la participación activa en las decisiones estratégicas de la institución.
- Mejorar la calidad asistencial.

## Método

Se utilizó una encuesta cuyo enfoque se origina en un modelo elaborado por la Osakidetza. Este manual se basa en el modelo EFQM para la evaluación de la satisfacción del personal en organizaciones de servicios, especialmente en el sector de la salud.

Las dimensiones de la encuesta hacen referencia a las condiciones de trabajo y formación, desarrollo profesional, retribución, organización del trabajo, evaluación del liderazgo, implicación y comunicación, pertenencia y orgullo, valoración de la unidad/servicio/área y valoración del hospital.

La encuesta se llevó a cabo en Noviembre de 2023 y fue dirigida a todo el personal sanitario y no sanitario de la Fundación Hospital de Avilés.

Por las características del centro, hubo que realizar una adaptación del cuestionario a su estructura (organización pequeña, departamentos unipersonales...). También hubo que crear una base de datos con los teléfonos del personal para gestión del envío de SMS.

## Resultados

La tasa global de respuesta ronda el 90%. A partir de ahí, se difunden los resultados a la Dirección. La Unidad de Calidad realiza una estratificación por categorías observándose las particularidades a nivel de colectivos más pequeños. En ella se detallan los puntos fuertes y las oportunidades de mejora sectorizadas y se comienza a diseñar un plan de mejora.

Hubo un 82% de profesionales satisfechos, considerando como tales, aquellos cuya baremación para recomendar trabajar en el centro oscila entre el 7 y el 10.

Entre los puntos fuertes destaca la sensación de pertenencia y orgullo y el horario laboral. Entre las oportunidades de mejora destacamos la falta de comunicación y las carencias en la esfera formativa.

## Conclusiones

La encuesta de clima laboral ha sido una apuesta muy valiente por parte de la dirección del centro. Enfrentarse a los

resultados y además emprender acciones correctivas acorde con la demanda de sus trabajadores y trabajadoras

Todos podemos dirigir el rumbo de una organización. Promover la mejora del clima laboral es trabajo de todos y todas.