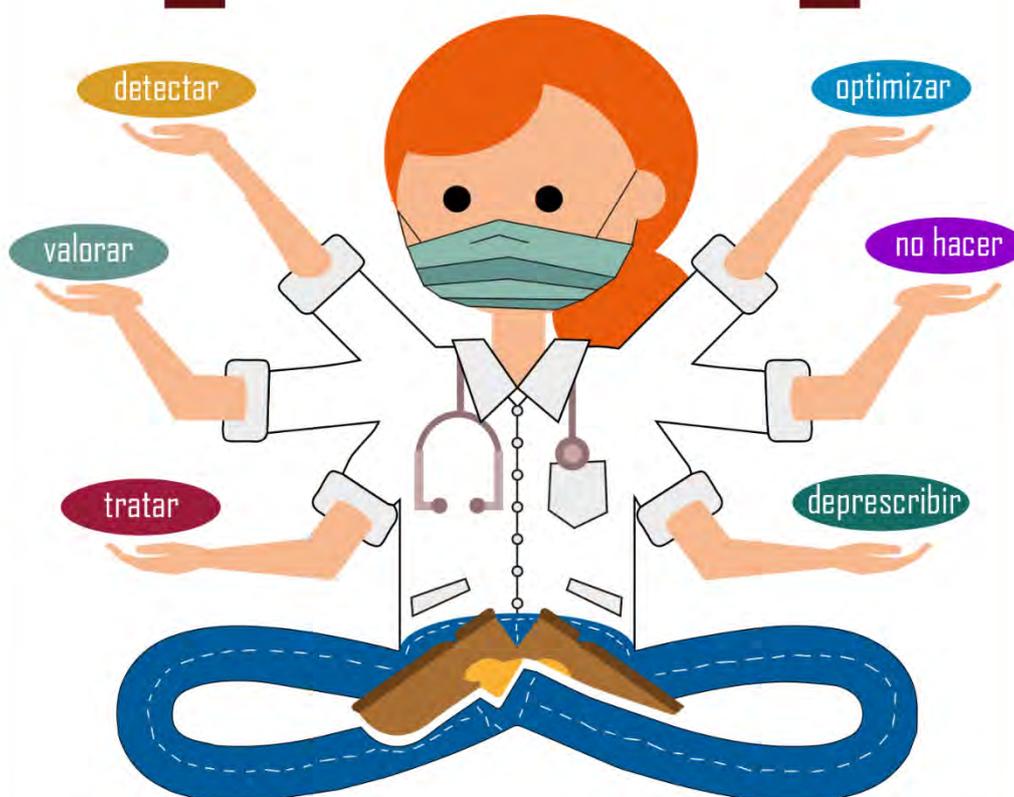


XIII JORNADA (FORMATO VIRTUAL)

16 y 17 de JUNIO de 2021

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA



¿QUÉ NO HARÍAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE!

#SegPacAP

www.seguridadpaciente.com

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Federación Española
de Calidad Asistencial

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

azul CONGRESOS Secretaría Técnica
Uribe, 76, 1º, Oficina 1º. 33003 - Oviedo
seguridadpaciente@azulcongresos.com

GOBIERNO DE ESPAÑA **MINISTERIO DE SANIDAD**

SEFAP

faecap
Federación de Asociaciones
de Atención Primaria



XIII JORNADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Formato Virtual

16 y 17 junio de 2021



INDICE

(Pinche en el título o en la página y le llevará directamente al ítem deseado)	Pág.
<u>PROGRAMA</u>	<u>4</u>
<u>RELACION INTERACTIVA DE COMUNICACIONES ORDENADAS ALFABETICAMENTE POR TITULO</u>	<u>8</u>
<u>RELACION INTERACTIVA DE COMUNICACIONES ORDENADAS NUMERICAMENTE POR IDENTIFICADOR (ID)</u>	<u>16</u>



PROGRAMA

[volver al índice](#)

16 de junio de 2021

17:00-17:10h

INAUGURACIÓN

Inmaculada Mediavilla Herrera. Presidenta XIII Jornada de Seguridad del Paciente y presidenta de SECA-FECA

Pilar Campos Esteban. Subdirectora General de Promoción, Prevención y Calidad. Ministerio de Sanidad

17:10-18:00h

MESA DE PONENCIAS 1: "NO HACER" en Atención Familiar y Comunitaria y las implicaciones formativas.

Modera D.^ª María Fernández García. Vicepresidenta de SEMFyC.

Seguimiento del chat, moderación de preguntas y reflexiones: D. Ángel Mataix Sanjuán, presidente de SEFAP.

- **No Hacer en las consultas de Atención Primaria de un Área de Salud**
Ponente: Dña. Montserrat Gens Barberá. *Médico de Familia Directora de la UQT_ Camp de Tarragona Institut Català de la Salut. Grupo de seguridad del Paciente de SEMFyC.*
- **No Hacer en enfermería familiar y comunitaria**
Ponente: D. Juan José Jurado Balbuena. *Enfermero. Grupo de seguridad del Paciente de SEMFyC. Centro de Salud Alicante. Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente, SEMFyC*
- **¡Enseñar a No Hacer!**
Ponente: D. José Saura Llamas. *Médico de Familia. Docente en MFyC con 30 años de experiencia. Grupo de seguridad del Paciente de SEMFyC. Miembro GT Comunicación y Salud SMUMFYC. Murcia.*

18:00-19:00h

MESA DE COMUNICACIONES 1

Modera D.^ª Pastora Pérez Pérez. Grupo de trabajo Seguridad del Paciente de SEMFyC y vocal de SECA-FECA.

Modera D.^ª Asunción Cañada Dorado. Responsable de Seguridad del Paciente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS.

- **SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA PARA CENTRO RESIDENCIALES: UNA BARRERA FRENTE A LOS ERRORES DE MEDICACIÓN.**
Cecilia Calvo Pita. Servicio de Farmacia Sociosanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- **¿LA CULPA FUE DEL CITOCROMO?.**
Carlos Jiménez Martínez. CS Daroca. Madrid.
- **CALIDAD DEL ÁRBOL DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, MAS ALLÁ DE LA DISPENSACIÓN EN FARMACIA**
Mercedes Pereira Pía. C.S. San Roque
- **CREANDO ESCENARIOS LIBRES DE SUJECIONES**
María de los Ángeles Domínguez Domínguez. Centro Residencial El Valle (Montijo)



- **ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA GARANTIZAR UN USO SEGURO DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID19**
Isabel Gómez Valbuena. Servicio de farmacia. Dirección asistencial sureste. Madrid
- **INTERACCIÓN TRIPLE UNA ERRATA EN SU RECETA**
María Escorihuela Gimeno. CS San Pablo MIR
- **WHAMMY: ¿QUÉ PODEMOS HACER?**
Natalia Alzueta Isturiz. Subdirección de Farmacia y Prestaciones
- **AUMENTAR LA SEGURIDAD ANTE UNA SITUACIÓN DE URGENCIAS**
Javier Carretero Sanz. Centro de salud Nuestra Señora de Fátima. Madrid

17 de junio de 2021

[volver al índice](#)

17:00-18:00h

MESA DE PONENCIAS 2: Estrategias y recomendaciones para "NO HACER" y las consecuencias de no tenerlo en cuenta.

Moderadora D.ª Inmaculada Mediavilla Herrera. Presidenta XIII Jornada de Seguridad del Paciente y presidenta de SECA

Seguimiento del chat, moderación de preguntas y reflexiones: Dña. Esther Nieto García, secretaria de FAECAP.

- **Estrategia "si NO es necesario puede HACER daño" en atención primaria en Castilla - León. Profesionales y pacientes en la misma dirección**
Ponente: Dña. María José Pérez Boillos. Dirección Técnica de Sistemas de Información, Calidad e Innovación. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid.
- **Los No hacer en atención comunitaria**
Ponente: Dña. Marta Sastre. Co Coordinadora del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de SEMFYC.
- **Frecuencia y consecuencias de ignorar las recomendaciones No Hacer en medicina de familia y pediatría. Resultados del estudio SOBRINA**
Ponente: D. José Joaquín Mira Solves. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan y Universidad Miguel Hernández. Alicante.

18:00-19:00h

MESA DE COMUNICACIONES 2

Moderadora: D.ª Aina Perello Bratescu, Grupo de trabajo Seguridad del Paciente de SEMFYC.

Moderadora: D.ª Lourdes Louzon. Grupo de trabajo Seguridad del Paciente de SEMFYC.

- **CIRCUITO PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A RECURSOS RESIDENCIALES DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID**
María Sánchez Ruiz de Gordo. Centro San Francisco Javier
- **QUÉ RIESGOS ESCONDE LA ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA? UNA INMERSIÓN EN SUS ORIGENES, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES**
María Dolores Conejos Miquel. *Dirección Técnica de procesos y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. SERMAS*



- **SINERGIAPS: UNA INTERVENCIÓN BASADA EN EL FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA**
María Antonia Fiol- de Roque. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears – IdISBa
- **¿PANADIZO HERPÉTICO O PARONQUIA? A PROPÓSITO DE UN CASO**
Pedro Prieto Zambrano. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este (GAPVAE)
- **RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELEFÓNICA EFECTIVA Y SEGURA**
Gerardo Garzón González. Dirección Técnica de procesos y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. SERMAS
- **ACR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
Nuria Hernández Ruiz. Centro de salud Crevillente
- **VITAMINA D Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**
Mariana Tobaruela Soto. Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud
- **ANÁLISIS DE FALLOS POTENCIALES MEDIANTE AMFE DE LA CONSULTA TELEFÓNICA EN ÉPOCA DE PANDEMIA COVID-19**
Gerardo Garzón González. Dirección Técnica de procesos y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. SERMAS

19:00-19:15h

ENTREGA DE LOS RECONOCIMIENTOS “FERNANDO PALACIO A LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA”

José Ángel Maderuelo Fernández. *Grupo de Trabajo Seguridad del Paciente de SEMFyC y SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial)*

María Luisa Torijano Casalengua. *Grupo de trabajo Seguridad del Paciente de Semfyc y SCLM (Sociedad Castellano Manchega de Calidad Asistencial)*

Esther Nieto García. *Secretaria de FAECAP*

Ángel Mataix Sanjuan. *Presidente de SEFAP.*

Salvador Tranche Iparragirre. *Presidente de SEMFyC*



[volver al índice](#)

RELACION DE COMUNICACIONES ORDENADAS ALFABETICAMENTE POR TITULO



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
26	¿CONOCEN LOS PACIENTES SUS MEDICAMENTOS DE LARGA DURACION Y LA HOJA DE TRATAMIENTO ACTIVO?
69	¿LA CULPA FUE DEL CITOCROMO?
149	¿PANADIZO HERPETICO O PARONIQUIA?: A PROPOSITO DE UN CASO
96	¿QUE RIESGOS ESCONDE LA ATENCION SANITARIA DOMICILIARIA? UNA INMERSION EN SUS ORIGENES, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES
160	¿REALMENTE ES TAN IMPORTANTE LLEVAR LIMPIA LA SUELA DEL ZAPATO?
24	“COMPRIMIDOS” Y “PILDORAS” DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA: INICIATIVA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA
168	5+2 EN EL ACTO VACUNAL
165	ACR EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
83	ACTUALIZACION EN EPOCA COVID-19
102	ADAPTANDO EL CENTRO DE SALUD PARA LA SEGURIDAD EN PANDEMIA
161	ADAPTANDO LOS TALLERES EN RCP PARA MAYOR SEGURIDAD EN PANDEMIA
29	ADAPTARSE A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SURGEN
140	ADHERENCIA TERAPEUTICA A TRAVES DE LA HOJA DE PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS
70	ANALISIS CAUSA RAIZ EN ATENCION PRIMARIA. ALTA DE PACIENTE SIN ACCESO A MEDICACION
134	ANALISIS DE FALLOS POTENCIALES MEDIANTE AMFE DE LA CONSULTA TELEFONICA EN EPOCA DE PANDEMIA COVID-19
166	ANALISIS DE LAS DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD INDIVIDUAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RESIDENCIAL
172	ANALISIS DE MODELO DE CONSULTA NO PRESENCIAL EN DIABETICO PORTADOR DE SENSOR DE GLUCEMIA
152	ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, ANALIZAMOS EL IMPACTO SOBRE LAS RECLAMACIONES EN GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA (GAP)
80	APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: ¿QUE PUEDE FALLAR EN LA PREPARACION DE LA VACUNA COMIRNATY® FRENTE AL COVID-19?
89	APRENDIENDO DE LA REALIDAD
158	AUMENTAR LA SEGURIDAD ANTE UNA SITUACION DE URGENCIAS



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
114	AUTORREALIZACION IMPROCEDENTE DE TEST DIAGNOSTICO CON CASCADA DE CONSECUENCIAS
35	BARRERAS PERCIBIDAS POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES 'NO HACER'
36	CALIDAD DEL ARBOL DE PRESCRIPCION ELECTRONICA, MAS ALLA DE LA DISPENSACION EN FARMACIA
68	CASI INCIDENTE QUE INVITA A LA REFLEXION
49	CASO CLINICO: CONFUSION ENTRE FARMACO GENERICO Y COMERCIAL
51	CASO CLINICO: ERROR EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LA VACUNA COVID-19
103	CASOS QUE ENSEÑAN: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION DE CAIDAS Y DE UPP EN ATENCION PRIMARIA
40	CASOS QUE ENSEÑAN: MANEJO EN CONSULTA DEL ESPACIO MUERTO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE UNA ULCERA DE MARJOLIN
73	CHECKLIST PARA VACUNACION DE PACIENTES INMOVILIZADOS EN DOMICILIO FRENTE A COVID-19
146	CIRCUITO DE PRESCRIPCION DE NACOS TRAS NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS
27	CIRCUITO PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS A RECURSOS RESIDENCIALES DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID
81	COMO EVITAR ERRORES DE REGISTRO EN LA VACUNACION COVID-19
107	COMPROMISO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCION EPIDEMIOLOGICA EN UN AREA DE SALUD
121	COMUNICACION CON EL PACIENTE EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO, MULTIPLES INTERLOCUTORES: EVENTO ADVERSO
178	COMUNICACION INTERPROFESIONAL Y DETECCION DE PROBLEMAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA
131	CONCILIACION Y REVISION CLINICA DE LA MEDICACION POR EL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA
44	CONFUSION ENTRE ZOMIG Y ZOFRAN
34	CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN FISIOTERAPIA A PACIENTES COVID TRAS ALTA HOSPITALARIA. VIA SEGURA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
95	COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN LA COXARTROSIS
105	COVID 19: UN NUEVO ESCENARIO, UN NUEVO MAPA DE RIESGOS
100	CREANDO ESCENARIOS LIBRES DE SUJECIONES



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
33	CRIBADO DE PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECIFICA EN LOS CENTROS DE SALUD: APLICANDO EL "NO HACER"
175	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA: ¿HEMOS SIDO SEGUNDAS VICTIMAS DURANTE LA PANDEMIA?
86	DECALOGO PARA COMUNICAR MEJOR EN ATENCION PRIMARIA
128	DESCONECTADOS.0 VULNERABILIDAD DEL PACIENTE CON CARENCIAS EN EL MANEJO DE LAS TIC
87	DETECCION DE FALLOS EN LA ATENCION AL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENTO CONSERVADOR Y PALIATIVO MEDIANTE METODOLOGIA AMFE
177	DISEÑO DE UN CHECKLIST EN LA CONSULTA DE REALIZACION DE PCRS EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA. REGISTRO DE MUESTRAS
28	DOSIS DE MEDICACION EN PEDIATRIA
99	EFECTO DE LA 'TRIPLE WHAMMY' EN LA HOSPITALIZACION POR FALLO RENAL AGUDO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES
153	EL BOTON ROJO
124	EL DESARROLLO DE UN MAPA DE COMPETENCIAS TECNICAS ENFERMERAS DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
110	EL QUESO DE REASON: LA PRIMERA LONCHA, LOS TRASLADOS
77	EL TIEMPO ENTRE VACUNAS
59	ELABORACION-ANALISIS DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRONICOS
66	ERROR DE IDENTIDAD
104	ERROR EN LA INTERPRETACION DE RESULTADOS
116	ERROR EN LA INTERPRETACION DE UN TEST RAPIDO DE STREPTOTEST Y PRESCRIPCION INDECUADA DE ANTIBIOTICO
57	ERROR EN LA VERIFICACION DE DOS HISTORIAS CLINICAS DURANTE LA ASISTENCIA
43	ESTENOSIS URETRAL Y RETENCION AGUDA DE ORINA
50	ESTRATEGIA DE COMUNICACION DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA GARANTIZAR UN USO SEGURO DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID-19
106	ESTRATEGRIA PARA EVITAR CONTAGIO POR COVID EN LA ATENCION DOMICILIARIA
39	ESTUDIO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA PATOLOGIA DE INFECCION URINARIA EN CENTRO DE SALUD DE A. PRIMARIA



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
15	EVALUACION DEL IMPACTO PSICOEMOCIONAL DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
154	EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO: DETECCION DE ERRORES EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD
174	EXISTENCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA
09	EXPERIENCIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL
164	GESTION DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN ATENCION PRIMARIA
170	HAY DATOS DEL PACIENTE QUE SON INDISPENSABLES
88	HIPOTENSION SINTOMATICA SECUNDARIA A LA TOMA DE IECAS
108	IDENTIFICACION CORRECTA DE LOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR ERRORES EN LA VIA DE ADMINISTRACION
52	IDENTIFICACION ERRONEA DE PACIENTE AL REALIZAR PRUEBA PCR
144	IMPACTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA NOTIFICACION DE INCIDENTES ¿UN RETO PENDIENTE?
20	IMPLANTACION DE LA HERRAMIENTA SINASP EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL AREA SANITARIA
42	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DE LA MEDICACION EN POBLACION MAYOR POLIMEDICADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
18	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE INTERVENCION BREVE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
176	IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION FISICA PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19
179	IMPORTANCIA DE LA PROFILAXIS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
30	IMPORTANCIA DE VIGILAR VIAS PERIFERICAS DEL PACIENTE ANTES DEL ALTA
61	IMPORTANCIA DEL DOBLE CHECK LIST EN LA CAMPAÑA DE VACUNACION COVID-19
162	IMPULSO DE LA NOTIFICACION DE INCIDENTES EN ATENCION PRIMARIA
22	INCIDENCIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
41	INFECCIONES PERIPROTESICAS, PODEMOS PREVENIRLAS DESDE ATENCION PRIMARIA
58	INTERACCION TRIPLE WHAMMY: ¿QUE PODEMOS HACER?



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
138	INTERVENCION ENFERMERA PARA PREVENIR LAS CAIDAS DESDE ATENCION PRIMARIA
141	INTERVENCION FARMACEUTICA SOBRE TRATAMIENTOS DE METOTREXATO EN UN SERVICIO DE SALUD
112	LA FALTA DE COMUNICACION ENTRE FACULTATIVAS: EL PEOR VENENO PARA LA RELACION MEDICA-PACIENTE
17	LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA CLAVE PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
119	LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA COMO HERRAMIENTA DE BUENAS PRACTICAS
159	LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA COMUNICACION
151	LA TRAZABILIDAD IMPORTA: MEJORA DE LA GESTION DE LOS VIALES MULTIDOSIS EN LAS VACUNAS COVID-19
181	LA TRISTEZA NO SIEMPRE ES REACTIVA A LAS SITUACIONES
163	LAS PRISAS NO SON BUENAS
37	LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA. UN PASO MAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
123	LISTADOS DE VERIFICACION QUIRURGICA ADAPTADOS , UNA HERRAMIENTA UTIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE SALUD
60	LO QUE NO PODEMOS OLVIDAR
139	LOGISTICA DE VACUNAS EN ATENCION PRIMARIA
98	LOS CHECKLIST COMO HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD EN TIEMPO DE PANDEMIA
74	MAL MANEJO DIETETICO-FARMACOLOGICO EN DIABETES PREGESTACIONAL
147	MAPA DE RIESGOS EN CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
180	MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DE RECETA ELECTRONICA CON EL APOYO DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
148	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE COVID
173	MODELO ORGANIZATIVO ENFERMERO EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN ATENCION PRIMARIA: DAFO Y SEGURIDAD PARA TODOS
118	PACIENTES CRONICOS INMOVILIZADOS Y SU ADHERENCIA AL REGIMEN TERAPEUTICO
84	PEQUEÑAS ACCIONES, GRANDES CAMBIOS



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
78	PLAN DE FOMENTO DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD Y LA MEJORA CONTINUA EN NUESTRO CENTRO
25	PREVENCION DE ERRORES POR MEDICAMENTOS LAS (LOOKS-ALIKE/SOUNDS-ALIKE)
90	PREVENIR ERRORES EN LA VACUNACION COVID, "POR ACTIVA Y POR PASIVA"
76	PRIORIZACION DEL CIRCUITO COVID ANTES QUE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE
16	PROGRAMA EDUCATIVO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR EL MANEJO Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS FARMACOS INHALADOS
129	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD 'NOSOTROS SI QUE NOS CUIDAMOS'
79	PROYECTO DE MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
113	PROYECTO DE MEJORA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS
19	PROYECTO DE SCREENING ESPIROMETRICO EN FUMADORES PARA FOMENTAR EL DIAGNOSTICO DE LA EPOC EN ATENCION PRIMARIA
47	PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA SARS-COV-2: VALIDACION DE LOS TESTS RAPIDOS DE ANTIGENOS
67	QUE NO HACER EN ULCERAS CRONICAS
133	RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELEFONICA EFECTIVA Y SEGURA
171	RECUPERANDO LA INTIMIDAD DEL PACIENTE TRAS VARIAS OLAS DE COVID 19
93	REEVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS REPERCUSIONES EN SITUACION DE PANDEMIA
55	REGISTRO DEL RESULTADO DE PRUEBA PCR SIN INFORME
64	REVISION DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES DE EDAD MAYOR O IGUAL A 75 AÑOS
48	REVISION DEL TRATAMIENTO POR EL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DURANTE LA PANDEMIA
142	REVISION PARA LA PRESCRIPCION SEGURA DE OPIOIDES TRANSDERMICOS
94	RIESGO DE TENDENCIAS SUICIDAS CON ANTIDEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
92	SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES 'NO HACER' EN LAS ULCERAS POR PRESION?
145	SEGURIDAD DEL PACIENTE 2.0: INVOLUCRANDO A LA CIUDADANIA



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
71	SEGURIDAD EN EL CONSULTA TELEFONICA DE ATENCION PRIMARIA
91	SIN FINANCIACION NO HAY ANTICOAGULACION
72	SINERGIAPS: UNA INTERVENCION BASADA EN FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA
23	SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA CENTROS RESIDENCIALES: UNA BARRERA FRENTE A LOS ERRORES DE MEDICACION
97	SOBRE PRESCRIPCION DE CORTICOIDES INHALADOS EN EPOC LEVE
38	TRIAJE MULTIDISCIPLINAR PARA NO PERDER LA ACCESIBILIDAD
45	UN FALSO POSITIVO POR ERROR
156	UN HABITO SALUDABLE Y SEGURO
85	UN TEST MUY HABITUAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO
46	UNA ERRATA EN SU RECETA
150	UNA REACCION A TENER EN CUENTA
111	URGENCIAS: DONDE SER SEGUNDA VICTIMA SE CONVIERTE EN UNA PESADILLA
122	USO DEL CHECKLIST EN LA VACUNACION COVID-19
155	USO SEGURO DEL MANEJO DE LA ANAFILAXIA
167	VENOPUNCION GUIADA POR ULTRASONIDO
157	VITAMINA D Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
109	Y LAS ESPIROMETRIAS ¿PARA CUANDO?



[volver al índice](#)

RELACION DE COMUNICACIONES ORDENADAS NUMERICAMENTE POR IDENTIFICADOR (ID)



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
09	EXPERIENCIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL
15	EVALUACION DEL IMPACTO PSICOEMOCIONAL DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
16	PROGRAMA EDUCATIVO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR EL MANEJO Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS FARMACOS INHALADOS
17	LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA CLAVE PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
18	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE INTERVENCION BREVE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
19	PROYECTO DE SCREENING ESPIROMETRICO EN FUMADORES PARA FOMENTAR EL DIAGNOSTICO DE LA EPOC EN ATENCION PRIMARIA
20	IMPLANTACION DE LA HERRAMIENTA SINASP EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL AREA SANITARIA
22	INCIDENCIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
23	SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA CENTROS RESIDENCIALES: UNA BARRERA FRENTE A LOS ERRORES DE MEDICACION
24	"COMPRIMIDOS" Y "PILDORAS" DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA: INICIATIVA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA
25	PREVENCION DE ERRORES POR MEDICAMENTOS LAS (LOOKS-ALIKE/SOUNDS-ALIKE)
26	¿CONOCEN LOS PACIENTES SUS MEDICAMENTOS DE LARGA DURACION Y LA HOJA DE TRATAMIENTO ACTIVO?
27	CIRCUITO PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS A RECURSOS RESIDENCIALES DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID
28	DOSIS DE MEDICACION EN PEDIATRIA
29	ADAPTARSE A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SURGEN
30	IMPORTANCIA DE VIGILAR VIAS PERIFERICAS DEL PACIENTE ANTES DEL ALTA
33	CRIBADO DE PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECIFICA EN LOS CENTROS DE SALUD: APLICANDO EL "NO HACER"
34	CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN FISIOTERAPIA A PACIENTES COVID TRAS ALTA HOSPITALARIA. VIA SEGURA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
35	BARRERAS PERCIBIDAS POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES 'NO HACER'
36	CALIDAD DEL ARBOL DE PRESCRIPCION ELECTRONICA, MAS ALLA DE LA DISPENSACION EN FARMACIA
37	LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA. UN PASO MAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
38	TRIAJE MULTIDISCIPLINAR PARA NO PERDER LA ACCESIBILIDAD
39	ESTUDIO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA PATOLOGIA DE INFECCION URINARIA EN CENTRO DE SALUD DE A. PRIMARIA
40	CASOS QUE ENSEÑAN: MANEJO EN CONSULTA DEL ESPACIO MUERTO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE UNA ULCERA DE MARJOLIN
41	INFECCIONES PERIPROTESICAS, PODEMOS PREVENIRLAS DESDE ATENCION PRIMARIA
42	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DE LA MEDICACION EN POBLACION MAYOR POLIMEDICADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
43	ESTENOSIS URETRAL Y RETENCION AGUDA DE ORINA
44	CONFUSION ENTRE ZOMIG Y ZOFRAN
45	UN FALSO POSITIVO POR ERROR
46	UNA ERRATA EN SU RECETA
47	PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA SARS-COV-2: VALIDACION DE LOS TESTS RAPIDOS DE ANTIGENOS
48	REVISION DEL TRATAMIENTO POR EL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DURANTE LA PANDEMIA
49	CASO CLINICO: CONFUSION ENTRE FARMACO GENERICO Y COMERCIAL
50	ESTRATEGIA DE COMUNICACION DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA GARANTIZAR UN USO SEGURO DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID-19
51	CASO CLINICO: ERROR EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LA VACUNA COVID-19
52	IDENTIFICACION ERRONEA DE PACIENTE AL REALIZAR PRUEBA PCR
55	REGISTRO DEL RESULTADO DE PRUEBA PCR SIN INFORME
57	ERROR EN LA VERIFICACION DE DOS HISTORIAS CLINICAS DURANTE LA ASISTENCIA
58	INTERACCION TRIPLE WHAMMY: ¿QUE PODEMOS HACER?
59	ELABORACION-ANALISIS DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRONICOS
60	LO QUE NO PODEMOS OLVIDAR
61	IMPORTANCIA DEL DOBLE CHECK LIST EN LA CAMPAÑA DE VACUNACION COVID-19



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
64	REVISIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES DE EDAD MAYOR O IGUAL A 75 AÑOS
66	ERROR DE IDENTIDAD
67	QUE NO HACER EN ULCERAS CRONICAS
68	CASI INCIDENTE QUE INVITA A LA REFLEXION
69	¿LA CULPA FUE DEL CITOCROMO?
70	ANALISIS CAUSA RAIZ EN ATENCION PRIMARIA. ALTA DE PACIENTE SIN ACCESO A MEDICACION
71	SEGURIDAD EN EL CONSULTA TELEFONICA DE ATENCION PRIMARIA
72	SINERGIAPS: UNA INTERVENCION BASADA EN FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA
73	CHECKLIST PARA VACUNACION DE PACIENTES INMOVILIZADOS EN DOMICILIO FRENTE A COVID-19
74	MAL MANEJO DIETETICO-FARMACOLOGICO EN DIABETES PREGESTACIONAL
76	PRIORIZACION DEL CIRCUITO COVID ANTES QUE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE
77	EL TIEMPO ENTRE VACUNAS
78	PLAN DE FOMENTO DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD Y LA MEJORA CONTINUA EN NUESTRO CENTRO
79	PROYECTO DE MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
80	APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: ¿QUE PUEDE FALLAR EN LA PREPARACION DE LA VACUNA COMIRNATY® FRENTE AL COVID-19?
81	COMO EVITAR ERRORES DE REGISTRO EN LA VACUNACION COVID-19
83	ACTUALIZACION EN EPOCA COVID-19
84	PEQUEÑAS ACCIONES, GRANDES CAMBIOS
85	UN TEST MUY HABITUAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO
86	DECALOGO PARA COMUNICAR MEJOR EN ATENCION PRIMARIA
87	DETECCION DE FALLOS EN LA ATENCION AL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENTO CONSERVADOR Y PALIATIVO MEDIANTE METODOLOGIA AMFE



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
88	HIPOTENSION SINTOMATICA SECUNDARIA A LA TOMA DE IECAS
89	APRENDIENDO DE LA REALIDAD
90	PREVENIR ERRORES EN LA VACUNACION COVID, "POR ACTIVA Y POR PASIVA"
91	SIN FINANCIACION NO HAY ANTICOAGULACION
92	SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES 'NO HACER' EN LAS ULCERAS POR PRESION?
93	REEVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS REPERCUSIONES EN SITUACION DE PANDEMIA
94	RIESGO DE TENDENCIAS SUICIDAS CON ANTIDEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
95	COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN LA COXARTROSIS
96	¿QUE RIESGOS ESCONDE LA ATENCION SANITARIA DOMICILIARIA? UNA INMERSION EN SUS ORIGENES, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES
97	SOBRE PRESCRIPCION DE CORTICOIDES INHALADOS EN EPOC LEVE
98	LOS CHECKLIST COMO HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD EN TIEMPO DE PANDEMIA
99	EFECTO DE LA 'TRIPLE WHAMMY' EN LA HOSPITALIZACION POR FALLO RENAL AGUDO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES
100	CREANDO ESCENARIOS LIBRES DE SUJECIONES
102	ADAPTANDO EL CENTRO DE SALUD PARA LA SEGURIDAD EN PANDEMIA
103	CASOS QUE ENSEÑAN: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION DE CAIDAS Y DE UPP EN ATENCION PRIMARIA
104	ERROR EN LA INTERPRETACION DE RESULTADOS
105	COVID 19: UN NUEVO ESCENARIO, UN NUEVO MAPA DE RIESGOS
106	ESTRATEGIA PARA EVITAR CONTAGIO POR COVID EN LA ATENCION DOMICILIARIA
107	COMPROMISO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN EPIDEMIOLOGICA EN UN AREA DE SALUD
108	IDENTIFICACION CORRECTA DE LOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR ERRORES EN LA VIA DE ADMINISTRACION
109	Y LAS ESPIROMETRIAS ¿PARA CUANDO?



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
110	EL QUESO DE REASON: LA PRIMERA LONCHA, LOS TRASLADOS
111	URGENCIAS: DONDE SER SEGUNDA VICTIMA SE CONVIERTE EN UNA PESADILLA
112	LA FALTA DE COMUNICACION ENTRE FACULTATIVAS: EL PEOR VENENO PARA LA RELACION MEDICA-PACIENTE
113	PROYECTO DE MEJORA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS
114	AUTORREALIZACION IMPROCEDENTE DE TEST DIAGNOSTICO CON CASCADA DE CONSECUENCIAS
116	ERROR EN LA INTERPRETACION DE UN TEST RAPIDO DE STREPTOTEST Y PRESCRIPCION INDECUADA DE ANTIBIOTICO
118	PACIENTES CRONICOS INMOVILIZADOS Y SU ADHERENCIA AL REGIMEN TERAPEUTICO
119	LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA COMO HERRAMIENTA DE BUENAS PRACTICAS
121	COMUNICACION CON EL PACIENTE EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO, MULTIPLES INTERLOCUTORES: EVENTO ADVERSO
122	USO DEL CHECKLIST EN LA VACUNACION COVID-19
123	LISTADOS DE VERIFICACION QUIRURGICA ADAPTADOS , UNA HERRAMIENTA UTIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE SALUD
124	EL DESARROLLO DE UN MAPA DE COMPETENCIAS TECNICAS ENFERMERAS DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
128	DESCONECTADOS.0 VULNERABILIDAD DEL PACIENTE CON CARENCIAS EN EL MANEJO DE LAS TIC
129	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD 'NOSOTROS SI QUE NOS CUIDAMOS'
131	CONCILIACION Y REVISION CLINICA DE LA MEDICACION POR EL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA
133	RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELEFONICA EFECTIVA Y SEGURA
134	ANALISIS DE FALLOS POTENCIALES MEDIANTE AMFE DE LA CONSULTA TELEFONICA EN EPOCA DE PANDEMIA COVID-19
138	INTERVENCION ENFERMERA PARA PREVENIR LAS CAIDAS DESDE ATENCION PRIMARIA
139	LOGISTICA DE VACUNAS EN ATENCION PRIMARIA
140	ADHERENCIA TERAPEUTICA A TRAVES DE LA HOJA DE PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS
141	INTERVENCION FARMACEUTICA SOBRE TRATAMIENTOS DE METOTREXATO EN UN SERVICIO DE SALUD



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
142	REVISION PARA LA PRESCRIPCION SEGURA DE OPIOIDES TRANSDERMICOS
144	IMPACTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA NOTIFICACION DE INCIDENTES ¿UN RETO PENDIENTE?
145	SEGURIDAD DEL PACIENTE 2.0: INVOLUCRANDO A LA CIUDADANIA
146	CIRCUITO DE PRESCRIPCION DE NACOS TRAS NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS
147	MAPA DE RIESGOS EN CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
148	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE COVID
149	¿PANADIZO HERPETICO O PARONIQUIA?: A PROPOSITO DE UN CASO
150	UNA REACCION A TENER EN CUENTA
151	LA TRAZABILIDAD IMPORTA: MEJORA DE LA GESTION DE LOS VIALES MULTIDOSIS EN LAS VACUNAS COVID-19
152	ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, ANALIZAMOS EL IMPACTO SOBRE LAS RECLAMACIONES EN GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA (GAP)
153	EL BOTON ROJO
154	EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO: DETECCION DE ERRORES EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD
155	USO SEGURO DEL MANEJO DE LA ANAFILAXIA
156	UN HABITO SALUDABLE Y SEGURO
157	VITAMINA D Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
158	AUMENTAR LA SEGURIDAD ANTE UNA SITUACION DE URGENCIAS
159	LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA COMUNICACION
160	¿REALMENTE ES TAN IMPORTANTE LLEVAR LIMPIA LA SUELA DEL ZAPATO?
161	ADAPTANDO LOS TALLERES EN RCP PARA MAYOR SEGURIDAD EN PANDEMIA
162	IMPULSO DE LA NOTIFICACION DE INCIDENTES EN ATENCION PRIMARIA
163	LAS PRISAS NO SON BUENAS



ID	TITULO (pinche en el título y le llevará directamente al abstract) volver al índice
164	GESTION DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN ATENCION PRIMARIA
165	ACR EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
166	ANALISIS DE LAS DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD INDIVIDUAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RESIDENCIAL
167	VENOPUNCION GUIADA POR ULTRASONIDO
168	5+2 EN EL ACTO VACUNAL
170	HAY DATOS DEL PACIENTE QUE SON INDISPENSABLES
171	RECUPERANDO LA INTIMIDAD DEL PACIENTE TRAS VARIAS OLAS DE COVID 19
172	ANALISIS DE MODELO DE CONSULTA NO PRESENCIAL EN DIABETICO PORTADOR DE SENSOR DE GLUCEMIA
173	MODELO ORGANIZATIVO ENFERMERO EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN ATENCION PRIMARIA: DAFO Y SEGURIDAD PARA TODOS
174	EXISTENCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA
175	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA: ¿HEMOS SIDO SEGUNDAS VICTIMAS DURANTE LA PANDEMIA?
176	IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION FISICA PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19
177	DISEÑO DE UN CHECKLIST EN LA CONSULTA DE REALIZACION DE PCRS EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA. REGISTRO DE MUESTRAS
178	COMUNICACION INTERPROFESIONAL Y DETECCION DE PROBLEMAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA
179	IMPORTANCIA DE LA PROFILAXIS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
180	MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DE RECETA ELECTRONICA CON EL APOYO DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
181	LA TRISTEZA NO SIEMPRE ES REACTIVA A LAS SITUACIONES



COMUNICACIONES



ID: 09

[volver al índice](#)

TITULO: EXPERIENCIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los anticoagulantes orales (ACO) reducen complicaciones tromboembólicas en patologías como la fibrilación auricular (FA). El mal control de la presión arterial (PA) y la labilidad del INR son factores modificables que se asocian a mayor riesgo hemorrágico en pacientes que toman ACO. La escala HAS-BLED, usada para valorar el riesgo de sangrado, considera factores de riesgo la PA sistólica (PAS)>160mmHg y el INR lábil (< 60% del tiempo en rango terapéutico (TRT)).

Es necesario, pues, un buen control de la PA y de la labilidad del INR en pacientes anticoagulados para evitar sangrados.

Análisis: En 2018 se evaluó el grado de control de la PA de los pacientes anticoagulados con acenocumarol y su riesgo hemorrágico.

Para ello, se revisó la historia clínica de los pacientes con prescripción de acenocumarol de un Centro de Atención Primaria(CAP) semiurbano, recogiendo del año 2017:

- Variables sociodemográficas; diagnóstico de HTA; antecedente de AVC y hemorragias; función renal y hepática; número de determinaciones y cifras de PA; número de controles de INR totales y en rango; prescripción de antiplaquetarios y antiinflamatorios.

Se obtuvieron 128 pacientes anticoagulados (edad media 75 años, 55% mujeres).La indicación principal de ACO fue FA (73,4%).

Un 39% tenía control insuficiente de PA: 20 pacientes 2 controles/año, 6 un único control y 4 sin control en 2017.Un 13% tenía cifras de PAS>160mmHg, que les confería mayor riesgo de sangrado.

Un 52% tenían criterios de INR lábil (< 60% TRT) y 14 pacientes tenían una puntuación HAS-BLED \geq 3 (alto riesgo de sangrado).

Propuestas de mejora, planes de acción: Las propuestas de mejora fueron:

- Mejorar el seguimiento de la HTA y optimizar su tratamiento en caso de mal control.
- Disminuir la incidencia de INR lábil.

Se presentaron en el CAP los resultados del análisis, acordándose varios planes de acción:

- Revisar los casos con puntuación HAS-BLED alta y tratar de disminuir su riesgo hemorrágico.
- Mejorar el control de la HTA: aprovechar las visitas de control del INR para controlar la PA y optimizar el tratamiento en caso necesario.
- Indagar causas de INR lábil, revisando adherencia e interacciones y valorando un cambio de ACO en casos persistentemente fuera de rango.



Resultados conseguidos: En enero de 2020 se replicó el estudio de 2018,recogiéndose las mismas variables del análisis inicial, pero de 2019.

En cuanto al control de PA: el 29,8% tenía 2 controles de PA: 11 pacientes 2 controles y 9 un único control. No había pacientes sin controles ni con cifras de PAS >160mmHg.

Un 20,9% tenía criterios de INR lábil (vs.52% del estudio basal) y a 4 pacientes se les cambió el acenocumarol a un anticoagulante de acción directa por INR sistemáticamente fuera de rango. 4 pacientes tenían alto riesgo de sangrado (HAS-BLED 3puntos).

Así, los resultados conseguidos fueron:

- Una mejora en el control de la PA: reducción de la PAS y aumento del número de visitas de seguimiento.
- Una reducción de la labilidad del INR y del número de pacientes con puntuación alta en la escala HAS-BLED.

AUTORES: MARTINEZ SANCHEZ, NURIA¹; PALASI FRANCO, ANTONIO²; MARTINEZ SANCHEZ, LUIS MIGUEL³; ALSINA NAVARRO, MARGARITA¹

CENTRO DE TRABAJO: EAP PARETS DEL VALLES¹, HOSPITAL VALL D'HEBRON², HOSPITAL SANT JOAN DESPI MOISÈS BROGGI³



ID: 15

[volver al índice](#)

TITULO: EVALUACION DEL IMPACTO PSICOEMOCIONAL DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19) se ha extendido muy rápidamente por todo el mundo provocando una pandemia global. Tras declararse por la Organización Mundial de la Salud, el 11 de marzo de 2020 pandemia, el gobierno de España decretó el estado de alarma ordenando el confinamiento a toda la población. Esta pandemia internacional está suponiendo una gran amenaza para la salud pública, y a su vez está poniendo al personal de la salud ante un desafío sin precedentes. El brote por el virus SARS-CoV-2 con gran transmisibilidad y alta morbimortalidad, está causando miedo, ansiedad y angustia entre los ciudadanos, así como en los profesionales sanitarios que por las características de su trabajo se ven expuestos a un elevado riesgo de infección. La evidencia ha demostrado que gran parte de los trabajadores sanitarios se han visto afectados por la situación, experimentando frecuentemente síntomas de estrés, ansiedad, depresión, burnout e insomnio, los cuales conllevan implicaciones psicológicas a largo plazo.

Objetivo/s a conseguir: Evaluar el impacto psicoemocional generado por la pandemia del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios, determinando su grado de depresión, ansiedad y estrés, estudiando su calidad del sueño, valorando la presencia de síndrome de burnout y evaluando su miedo al COVID-19, a través de un cuestionario.

Metodología a aplicar: Investigación de tipo observacional descriptiva transversal. De manera anónima y completamente voluntaria los profesionales sanitarios participantes cumplimentarán, previo consentimiento informado, el cuestionario autoadministrado online del estudio.

Para la difusión del cuestionario se contará con la colaboración y participación de diversos organismos colegiales. El cuestionario está distribuido en 5 bloques que recogerán diversas variables: sociodemográficas y profesionales ("ad hoc"), depresión, ansiedad y estrés (escala DASS-21©), calidad del sueño (índice PSQI©), síndrome de burnout (inventario MBI©) y miedo al COVID-19 (escala FCV-19S©). Los 4 cuestionarios seleccionados cuentan con propiedades psicométricas robustas en sus respectivas versiones en español y 3 están validados. Con objeto de respetar la normativa ético-legal se solicitará autorización al Comité Ético y se tratará la información obtenida con total confidencialidad.

Resultados esperables: Los profesionales sanitarios se encuentran en primera línea de batalla contra el SARS-CoV-2, sin embargo, se ha observado que son especialmente susceptibles a padecer problemas mentales como consecuencia de su exposición.

Los resultados de este estudio podrían aportar información valiosa acerca de la situación psicoemocional en la que se encuentran estos trabajadores a raíz de la pandemia, de forma que ello, permitirá identificar si existe la necesidad de establecer medidas para la protección y cuidado de su salud mental. Además, el presente proyecto podría servir como precedente para futuras líneas, debido a la escasez de investigaciones acerca de la salud mental del personal sanitario.

AUTORES: SIMON MELCHOR, ALBA¹; JIMENEZ SESMA, MARIA LUISA²; SOLANO CASTAN, JAVIER³; FERRER SOROLLA, DANIEL⁴; SIMON MELCHOR, LUCIA²; ALASTUEY AISA, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE CALACEITE (TERUEL).¹, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (ZARAGOZA).², FARMACEUTICO (HUESCA).³, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE VALDEROBRES (TERUEL).⁴



ID: 16

[volver al índice](#)

TITULO: PROGRAMA EDUCATIVO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR EL MANEJO Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE LOS FARMACOS INHALADOS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en el ámbito de la Atención Primaria por tratarse de una patología con una alta prevalencia y una elevada carga de morbimortalidad. Los fármacos inhalados constituyen la base del tratamiento de los EPOC, son prescritos para ayudarles a controlar sus síntomas, mejorar su calidad de vida y reducir su riesgo de reagudizaciones, siendo esencial una correcta técnica de administración para que sean eficaces. Diversos estudios han evidenciado que frecuentemente la manipulación de los inhaladores se realiza de forma errónea, por ello planteamos la realización del presente programa educativo para fomentar el uso correcto de los inhaladores y de esta forma garantizar que los pacientes con EPOC reciben la dosis adecuada de fármaco, puesto que la pauta de inhaladores sin una correcta utilización es como si no hubiesen sido prescritos.

Objetivo/s a conseguir: Disminuir la clínica y mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Educar en el manejo de los inhaladores a los pacientes EPOC, mejorando así su adherencia terapéutica

Metodología a aplicar: El programa educativo se desarrollará durante mayo de 2021, sin fecha de fin, puesto que siempre existirán pacientes con EPOC que puedan beneficiarse de participar. A continuación se detalla el cronograma:

- Detección de la problemática de la terapia inhalatoria: enero 2021.
- Diseño del programa teórico-práctico, selección del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) y del Cuestionario de síntomas COPD Assessment Test (CAT): febrero 2021.
- Captación de pacientes EPOC que usan incorrectamente sus inhaladores: marzo 2021.
- Complimentación del Test TAI y del Cuestionario CAT por los participantes, al inicio del programa: abril 2021.
- Impartición del programa compuesto por una sesión teórica y una práctica donde los participantes practicarán el uso correcto de sus inhaladores: mayo 2021.
- Nueva cumplimentación del Test TAI y del Cuestionario CAT por los participantes, al finalizar el programa: junio 2021.
- Evaluación de los resultados del Test TAI y Cuestionario CAT: julio 2021.
- Análisis de indicadores y formulación de propuestas de mejora: agosto-septiembre 2021.

Resultados esperables: Se espera una buena acogida del programa educativo. No existen resultados ya que se impartirá en un futuro próximo. Los indicadores para evaluar el logro de objetivos serán:

- Número de pacientes EPOC participantes en el programa entre el número de pacientes EPOC seleccionados inicialmente x 100. El estándar deseado es del 80%.
- Número de participantes con buena adherencia al tratamiento con inhaladores (TAI) al finalizar el programa entre el número de participantes x 100. Estándar deseado: 70%.



- Número de participantes que usan correctamente sus inhaladores (TAI) al finalizar el programa entre el número de participantes x 100. Estándar deseado: 80%.
- Número de participantes con mejoría en el Cuestionario CAT entre el número de participantes x 100. Estándar deseado: 60%.

AUTORES: SIMON MELCHOR, ALBA¹; JIMENEZ SESMA, MARIA LUISA²; SOLANO CASTAN, JAVIER³; FERRER SOROLLA, DANIEL⁴; SIMON MELCHOR, LUCIA²; ALASTUEY AISA, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE CALACEITE (TERUEL).¹, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS (ZARAGOZA).², FARMACEUTICO (HUESCA).³, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE VALDEROBRES (TERUEL).⁴



ID: 17

[volver al índice](#)

TITULO: LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA CLAVE PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Demostrar la eficacia de la HM para prevenir y controlar las Infecciones Nosocomiales (IN), además de dar a conocer los procedimientos y las recomendaciones más relevantes de esta práctica, favoreciendo la seguridad del paciente.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica mediante la herramienta CASPe, consultando revisiones sistemáticas, Guías de Práctica Clínica, bases de datos y revistas electrónicas. La estrategia de búsqueda se ha basado en el uso de Descriptores en Ciencias de la Salud como términos de indización, seleccionando artículos de los últimos 10 años, publicados en castellano, inglés, francés y portugués.

Resultados: Se han incluido 132 trabajos en la revisión sistemática. La HM ha demostrado ser una pieza clave para evitar la transmisión de microorganismos responsables de las IN en centros de atención de salud. Las IN representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial debido a su coste y morbimortalidad atribuible. Existen diversas técnicas para la HM como el lavado social o higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico que incluye la HM con jabón antiséptico y la antisepsia con solución hidroalcohólica, y la antisepsia quirúrgica que incluye el lavado quirúrgico con jabón antiséptico y la antisepsia con solución hidroalcohólica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo principal que aporta directrices basadas en la evidencia para la promoción de la HM durante la atención sanitaria. El 5 de mayo de 2009, lanzó la Estrategia multimodal para la mejora del cumplimiento de la HM en los centros sanitarios, para reducir las tasas de IN. A su vez ha facilitado una serie de directrices sobre el lavado de manos: por qué, cómo (cómo lavarse las manos y cómo desinfectárselas) y cuándo (los 5 momentos para la higiene de las manos). La OMS, en 2010 creó el Marco de autoevaluación de la HM, como instrumento para obtener un análisis de la situación de esta práctica en cada centro sanitario. La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS elaboró el documento "Una Atención limpia es una atención más segura", eligiendo como tema de su primer Reto Mundial las IN, con el objetivo de promover la práctica de la HM en todo el mundo. Desde 2005, cada 5 de mayo, la OMS celebra el Día Mundial de la HM coincidiendo con el lanzamiento del Reto Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema "Salvar vidas está en tus manos".

Discusión / conclusiones: La HM es una práctica que todos los profesionales sanitarios deben realizar para prevenir IN que pueden causar daños graves a los pacientes incluso derivar hasta la muerte, sin embargo, las tasas de cumplimiento evidenciadas son relativamente bajas. Conseguir aumentar la adherencia a esta práctica segura debe ser una de las metas de los trabajadores de la salud, por ello, nace la necesidad de implantar protocolos o campañas de concienciación, para incrementar su praxis, ya que al brindar cuidados con las manos limpias se ofrece una asistencia segura, efectiva y de calidad.

AUTORES: SIMON MELCHOR, ALBA¹; JIMENEZ SESMA, MARIA LUISA²; SOLANO CASTAN, JAVIER³; FERRER SOROLLA, DANIEL⁴; SIMON MELCHOR, LUCIA²; ALASTUEY AISA, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE CALACEITE (TERUEL).¹, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (ZARAGOZA).², FARMACEUTICO (HUESCA).³, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE VALDERROBRES (TERUEL).⁴



ID: 18

[volver al índice](#)

TITULO: IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE INTERVENCION BREVE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La Intervención Breve (IB) es un tipo de intervención caracterizada por su brevedad y concisión, la cual incluye la evaluación global, el asesoramiento y el seguimiento. Múltiples estudios y metaanálisis han avalado su eficacia como estrategia de Educación para la Salud (EPS), siendo especialmente útil en el ámbito de la Atención Primaria (AP) puesto que ayuda a salvar barreras como la escasez de tiempo para la EPS de los profesionales sanitarios. Se ha comprobado que la IB es eficaz en AP para reducir los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV). Entre los clásicos FRCV modificables se encuentran: tabaco, alcohol, hipertensión arterial, alimentación, ejercicio físico, etc., para modificar estos factores, la IB podría ser una estrategia motivacional en aquellos pacientes no preparados para el cambio de hábitos. La IB es una estrategia educativa que ha demostrado ser eficiente, puesto que consiste en un mínimo contacto entre el personal sanitario y los pacientes que no supera los 5 minutos, aprovechando la práctica asistencial, por ello planteamos la realización de un proyecto de IB en un Centro de AP, ya que ayudará a que los pacientes destinatarios modifiquen positivamente su estilo de vida.

Objetivo/s a conseguir: General: aplicar la IB como estrategia de EPS para mejorar el estilo de vida de los pacientes de AP que presentan FRCV. Específicos: evaluar los conocimientos sobre FRCV de los pacientes, mejorar su autocuidado y fomentar cambios de conducta mediante la IB.

Metodología a aplicar: El proyecto se encuentra en su fase inicial, su temporalización se desarrollará desde abril hasta diciembre de 2021. Se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre la evidencia de la IB: abril-mayo 2021.
- Desarrollo de los contenidos y diseño del cuestionario de conocimientos sobre FRCV: junio-julio 2021.
- Presentación del proyecto en el Centro de AP: agosto 2021.
- Reclutamiento de pacientes: septiembre 2021.
- Entrega del cuestionario previo a la IB y análisis de sus resultados: septiembre 2021.
- Realización de la IB ajustada a las necesidades detectadas: septiembre 2021.
- Cumplimentación del cuestionario posterior a la IB y evaluación de sus resultados para determinar la eficacia del proyecto: octubre 2021.
- Evaluación de indicadores: noviembre 2021.
- Análisis DAFO y exposición de los resultados obtenidos: diciembre 2021.

Resultados esperables: Para saber si el proyecto logra los objetivos formulados, se monitorizará bajo 4 indicadores:

- Número de pacientes que reciben la IB entre el número de pacientes seleccionados para recibir la IB por 100. Estándar deseado: 80%.



- Número de temas formulados para la IB entre el número de temas tratados en la IB por 100. Estándar deseado: 100%.
- Número de pacientes con mejoría en el autocuidado y que presentan cambios de conducta entre el número de pacientes que reciben la IB por 100. Estándar deseado: 60%.
- Número de pacientes con mejoría en los conocimientos sobre FRCV entre el número de pacientes sometidos a la IB por 100. Estándar deseado: 70%

AUTORES: JIMENEZ SESMA, MARIA LUISA¹; SIMON MELCHOR, ALBA²; SOLANO CASTAN, JAVIER³; FERRER SOROLLA, DANIEL⁴; SIMON MELCHOR, LUCIA²; ALASTUEY AISA, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (ZARAGOZA).¹, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE CALACEITE (TERUEL).², FARMACEUTICO (HUESCA).³, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE VALDEROBRES (TERUEL).⁴



ID: 19

[volver al índice](#)

TITULO: PROYECTO DE SCREENING ESPIROMETRICO EN FUMADORES PARA FOMENTAR EL DIAGNOSTICO DE LA EPOC EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una afección de las vías respiratorias caracterizada por la obstrucción del flujo aéreo, se asocia a diversos Factores de Riesgo (FR), siendo el tabaco, uno de los más importantes. Debe sospecharse EPOC en aquellos pacientes adultos expuestos a FR, que padecen clínica como tos crónica, con o sin producción de esputo o disnea. El diagnóstico de la EPOC debe sustentarse en una historia de exposición a FR acompañada de síntomas compatibles, siendo la espirometría una prueba clave para su confirmación. Las dificultades propias de las espirometrías, la necesidad de la colaboración del paciente y su compleja interpretación, son obstáculos que generan que las tasas de realización sean bajas. Los resultados del Contrato Gestión del Centro de Atención Primaria (AP) objeto del proyecto evidenciaron bajas tasas de espirometrías en fumadores. Por todo ello se ha planteado la realización en el Centro de un proyecto de screening espirométrico en fumadores, para reducir el infradiagnóstico de la EPOC y promover la prescripción de broncodilatadores para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo/s a conseguir: Incrementar la detección del tabaquismo y realizar Intervenciones Breves (IB) para la deshabituación tabáquica. Aumentar las tasas de espirometrías en pacientes fumadores para reducir el infradiagnóstico de la EPOC e implementar tratamiento broncodilatador si se precisa

Metodología a aplicar: El proyecto está en desarrollo, a continuación se detallan sus actividades:

- Redacción del proyecto: febrero 2021
- Sesión clínica sobre el diagnóstico de la EPOC y la deshabituación tabáquica: marzo 2021
- Taller teórico-práctico de realización e interpretación de espirometrías: abril 2021
- Captación de fumadores y realización de IB para cesación tabáquica: mayo-septiembre 2021
- Realización de espirometrías: mayo-septiembre 2021
- Interpretación de espirometrías, introducción de tratamiento en los casos requeridos y realización de visitas de seguimiento a los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC: mayo-septiembre 2021
- Análisis de indicadores: octubre-noviembre 2021
- Redacción de la memoria final: diciembre 2021

Resultados esperables: No se dispone de resultados, los indicadores para su análisis serán:

- Pacientes fumadores mayores de 18 años captados en consulta entre la población total fumadora mayor de 18 años por 100. Estándar: 70%.
- Pacientes fumadores mayores de 18 años que se les realiza IB para cesación tabáquica entre la población fumadora mayor de 18 años captada por 100. Estándar: 70%.



- Pacientes fumadores mayores de 18 años que se les realiza espirometría entre la población fumadora mayor de 18 años captada por 100. Estándar: 60%.
- Pacientes mayores de 18 años con nuevo diagnóstico de EPOC entre la población total fumadora mayor de 18 años por 100. Estándar: 50%.
- Pacientes mayores de 18 años con nuevo diagnóstico de EPOC que se les introduce tratamiento entre la población mayor de 18 años con nuevo diagnóstico de EPOC por 100. Estándar: 70%.

AUTORES: JIMENEZ SESMA, MARIA LUISA¹; SIMON MELCHOR, ALBA²; SOLANO CASTAN, JAVIER³; FERRER SOROLLA, DANIEL⁴; SIMON MELCHOR, LUCIA²; ALASTUEY AISA, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa (ZARAGOZA).¹, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE CALACEITE (TERUEL).², FARMACEUTICO (HUESCA).³, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE VALDEROBRES (TERUEL).⁴



ID: 20

[volver al índice](#)

TITULO: IMPLANTACION DE LA HERRAMIENTA SINASP EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL AREA SANITARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Mejorar la seguridad de nuestros pacientes mediante la expansión de la herramienta SiNASP a todos los profesionales de Atención Primaria del Área Sanitaria. Con ello se pretende aportar y aplicar los Métodos y Programas /Protocolos que mejoren y/o minimicen los efectos de los eventos adversos. Al tiempo que nos permiten establecer barreras de seguridad que impidan que estos se vuelvan a producir.

Análisis: La Gestora de Área de SiNASP y el Gestor de Atención Primaria, se ponen en contacto con los coordinadores de los Centros para proponerles formación y adhesión a la herramienta. Se les solicita el nombre de dos profesionales que ejercerán en el C.de Salud como Gestores. Generalmente, un facultativo y una enfermera. Los dos Gestores, de Área y de A. Primaria, acuden a los Centros a dar formación en Seguridad de Pacientes y en SiNASP, explicando la herramienta, enseñando los pasos para acceder al curso on-line, a los Boletines informativos y realizando una demo de cómo hacer una notificación. Se les dan las claves de acceso para poder notificar desde ese momento. Tratamiento de las notificaciones: las situaciones de riesgo para la seguridad del paciente se tratan en el Núcleo de Seguridad del Área Sanitaria, órgano que se crea para analizar y tratar todos los temas relacionados con la Seguridad: notificaciones en SiNASP, Acreditaciones de Calidad en diferentes Unidades y Servicios, trabajos de investigación relacionados, programas de innovación que tengan relación con la Seguridad, trabajos presentados en Congresos y Jornadas de Calidad, etc. El Núcleo se reúne mensualmente y está compuesto, actualmente por 38 profesionales de diferentes categorías: médicos, enfermeras, Dirección (Médica y de Enfermería) Profesionales de Atención Primaria y de los dos Hospitales públicos que componen el Área Sanitaria, así como, por supuesto la Unidad de Calidad. Boletines trimestrales (feedback).

Propuestas de mejora, planes de acción: Mejorar la seguridad de nuestros pacientes proporcionando una herramienta que permite poner en conocimiento los eventos adversos y aplicar las mejoras oportunas.

Resultados conseguidos: Desde enero de 2016 a diciembre de 2020, hemos pasado de tener en SiNASP 4 Servicios de Atención Primaria (A.P.) a 22, lo que supone un incremento del 78,26% respecto del total de 23 centros que tiene la Provincia de Lugo.

Por tanto, la herramienta se ha extendido a una población de 322.238 personas (97,25%).

Buen ejemplo de implicación de los profesionales, es el aumento de las notificaciones, respecto al año 2016 (34) en 2019 han sido 107 y en enero del año 2020 62 (a pesar de la Pandemia).

Se ha notificado en 20 de los 23 Centros de A. Primaria (90,9%).

La implicación de los profesionales ha provocado el aumento de las notificaciones. Se ha consolidado la cultura de seguridad en A.P. mejorando los aspectos relacionados con la Seguridad.

AUTORES: ROCA BERGANTIÑOS, MARIA OLGA¹; MARTINEZ ALVAREZ, JOAQUIN²; MARTINEZ LOPEZ, MARIA ANGELES³; VAZQUEZ MARTINEZ, ANA ISABEL⁴

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI¹, CENTRO SALUD DE RABADE², HOSPITAL PUBLICO MONFORTE DE LEMOS³, HOSPITAL PUBLICO DA MARIÑA⁴



ID: 22

[volver al índice](#)

TITULO: INCIDENCIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de XX años que solicita a su médico de familia (MF) una analítica general por encontrarse mal, la cual se programa XX meses después. En este lapso de tiempo la paciente va al hospital por astenia y MEG, y le hacen analítica en el área de urgencias y la remiten al domicilio con los resultados pendientes y la indicación de que en el CAP los tendrían en 48 horas. El mismo día por la tarde llega una alerta por teléfono del hospital al personal administrativo de AP notificando que los resultados están disponibles. Se programa una visita de valoración con la enfermera del paciente dos días después. La profesional de enfermería revisa los resultados y programa visita con el MF para su valoración dos días después. Afortunadamente, la MF recibe una alerta en el programa de historia clínica informatizada por creatinina superior a 5 y FG inferior a 15ml/min y remite la paciente al hospital. El diagnóstico es de fallo renal agudo. Se instaura el tratamiento y la paciente se recupera volviendo a la normalidad en XX meses.'

Los resultados de los análisis estaban muy alterados y no se detectó hasta al cabo de 4 días.

Análisis realizado: ORGANIZACIÓN

El circuito de avisos de resultados alterados desde el laboratorio del hospital de referencia no ha funcionado correctamente/no está establecido, no es el laboratorio habitual para realizar las analíticas de atención primaria.

El paciente es dado de alta desde urgencias del hospital sin los resultados de los análisis.

Se comunica la alerta clínica al personal administrativo del CAP, a ningún sanitario.

PERSONAS

El profesional administrativo no programó la cita de resultados alterados como urgente.

el profesional de enfermería no detecta la urgencia de los valores alterados y demoró la consulta con MF para valoración resultados.

Conclusiones / aprendizaje: CONCLUSIONES

La decisión clínica excepcional de alta a domicilio sin tener resultados de las pruebas solicitadas se entiende en contexto de la situación de pandemia

La no existencia de un sistema de alarma para valores de pánico de resultados analíticos ha puesto en riesgo la vida de la paciente

APRENDIZAJE

Es necesario un sistema de notificación de alarma para valores analíticos de pánico desde el laboratorio del hospital hacia AP, cuando este laboratorio no es el de referencia y que además sea rápido y dirigido al profesional adecuado

se deben establecer los valores de pánico de resultados analíticos del hospital que activen el sistema de notificación de alarmas.



En AP debemos tener organizado el sistema de recepción de comunicación de posibles situaciones de riesgo para pacientes así como la delegación de alertas clínicas entre profesionales en vaso de ausencia.

Debería valorarse que ante situaciones de analíticas con valores de pánico se puedan comunicar desde el laboratorio al médico prescriptor de la analítica, aunque sea del servicio de urgencias.

Es necesaria formación para profesionales sanitarios ante la comunicación de valores de pánico analíticos.

AUTORES: MONTSERRAT BARDIA, DOLORS¹; GASPÀ CARRERAS, MIRIAM¹; GONZALEZ WELLENS, NATHALIE¹; ALCARAZ FERRER, ENRIQUETA¹; RODOREDA NOGUEROLA, SARA¹; MORALES SEDILES, IMMACULADA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP PREMIÀ DE MAR¹



ID: 23

[volver al índice](#)

TITULO: SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA PARA CENTROS RESIDENCIALES: UNA BARRERA FRENTE A LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Las personas que viven en centros residenciales no suelen tener ni completos ni actualizados sus tratamientos farmacológicos en la historia clínica electrónica del servicio de salud (HCE-SS), produciéndose una situación de alto riesgo de errores de medicación, principalmente en aquellas ocasiones en las que estas personas son atendidas por profesionales sanitarios diferentes a los de la residencia.

Análisis: En una Comunidad Autónoma se diseña un modelo de atención farmacéutica en el que las residencias públicas dependen de un servicio de farmacia específico (SFSS). La actividad clínica de sus farmacéuticas comprende la asesoría a los profesionales de la residencia, la revisión y validación de los tratamientos de las personas residentes y la dispensación de los medicamentos mediante un sistema individualizado en dosis unitarias.

Para desarrollar esta actividad se necesita una herramienta informática que permita la prescripción, validación y dispensación electrónicas. Como condición, se establece que tanto los médicos de las residencias como los del servicio de salud deberán poder prescribir electrónicamente en un entorno compartido y visible para todos los profesionales sanitarios que asistan al paciente: médicos, enfermeros y farmacéuticos.

Propuestas de mejora, planes de acción: A los médicos y enfermeras de las residencias se les da acceso a la HCE-SS con perfil de profesional de atención primaria.

Se desarrolla un producto informático que cumple las siguientes características:

- Está vinculado a la HCE-SS.
- Pueden prescribir tanto los médicos de las residencias como los del servicio de salud (atención primaria, urgencias, al alta de una hospitalización, consultas externas y consultas de salud mental) en un mismo entorno informático, de tal forma que la historia farmacoterapéutica (HFT) de la persona residente es única y está formada por las prescripciones de los diferentes médicos que le asisten.
- Las farmacéuticas del SFSS validan las prescripciones y concilian la medicación en los tránsitos asistenciales, por lo que la HFT se mantiene permanentemente actualizada.
- Las farmacéuticas del SFSS pueden dispensar los medicamentos correspondientes a las prescripciones de los médicos de las residencias. Cuando la prescripción proviene de un médico del servicio de salud, los medicamentos pueden ser dispensados por el SFSS, si están revisados y firmados por el médico de la residencia, o por una oficina de farmacia, si no lo están. De esta forma se garantiza en todo momento el acceso de las personas residentes a los medicamentos que necesiten.
- El resto de profesionales sanitarios de la residencia y del servicio de salud también pueden visualizar la HFT de las personas residentes en cualquier asistencia sanitaria.

Resultados conseguidos: Desde junio de 2018 se dispone de un producto informático que cumple las características anteriores y que está implantado en 4 centros (370 plazas), con previsión de alcanzar 9 residencias (800 plazas).



AUTORES: CALVO PITA, CECILIA¹; ROS BERNAOLA, G¹; AGUDO PASCUAL, MC²; SANCHEZ RUIZ DE GORDOA, M³; FERNANDEZ ORTEGA, J⁴; JIMENEZ IDIAZABAL, A⁴

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE FARMACIA SOCIO SANITARIO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA¹, SERVICIO DE GESTION DE LA PRESTACION FARMACEUTICA. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA², CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA³, SERVICIO DE SISTEMAS DE INFORMACION DEL AREA SANITARIA. GOBIERNO DE NAVARRA⁴



ID: 24

[volver al índice](#)

TITULO: “COMPRIMIDOS” Y “PILDORAS” DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA: INICIATIVA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La polifarmacia y la prescripción inadecuada son problemas prevalentes en las personas que viven en residencias. Ambas se asocian a un riesgo elevado de acontecimientos adversos relacionados con la medicación y, más si cabe, en esta población de gran fragilidad.

Análisis: Desde el servicio de farmacia que presta atención farmacéutica a las residencias públicas de una comunidad autónoma, las farmacéuticas se proponen poner en marcha una serie de intervenciones orientadas a mejorar las situaciones de prescripción inadecuada que identifican en su día a día.

Se decide abordar, en primer lugar, las siguientes:

- La cianocobalamina se administra en algunos casos por vía intramuscular (IM), a pesar de que se puede administrar por vía oral evitando los riesgos asociados a la vía parenteral.
- Hay pacientes que están en tratamiento crónico con una presentación efervescente de paracetamol 1g. El alto contenido en sodio del medicamento puede ser perjudicial en personas hipertensas o con problemas cardíacos.
- Algunos pacientes están en tratamiento concomitante con omeprazol, esomeprazol o lansoprazol y escitalopram o citalopram. Esta prescripción conjunta puede asociarse a alteraciones del ritmo cardíaco o muerte súbita.

Propuestas de mejora, planes de acción: Las farmacéuticas editan dos publicaciones periódicas de información farmacoterapéutica denominadas “comprimidos” y “píldoras” que se envían impresas y por correo electrónico a los profesionales de las residencias, además de estar disponibles en la Intranet sanitaria. Se decide elaborar algún “comprimido” o “píldora” que informe sobre los problemas detectados.

- “Píldora” de octubre de 2020: cianocobalamina por vía oral.
- “Comprimido” de diciembre de 2020: paracetamol 1g efervescente.
- “Comprimido” de enero 2021: interacción escitalopram/citalopram-omeprazol/esomeprazol/lansoprazol.

Junto a estas publicaciones, se facilita a los médicos un listado de los pacientes que tienen prescritos los medicamentos que presentan la situación de riesgo, para que puedan revisarlos y valorar la conveniencia de modificar la prescripción.

Resultados conseguidos:

- Cianocobalamina: antes de enviar la información, 6/15 se administraban por vía IM, mientras que 16 de los 19 tratamientos actuales se administran por vía oral.
- Paracetamol 1g efervescente: 15 pacientes. En 3 casos se suspendió, en 6 se cambió a presentaciones de paracetamol no efervescente y en 6 casos se consideró que el riesgo era bajo o no había una alternativa mejor y se mantuvo el tratamiento.



- Interacción escitalopram/citalopram-omeprazol/esomeprazol/lansoprazol: 8 pacientes. En un paciente se retiró el antidepresivo, en otro se retiró el IBP, en 2 pacientes se cambió de antidepresivo y en 4 casos se mantuvo la prescripción.

AUTORES: ROS BERNAOLA, GOIZANE¹; CALVO PITA, C¹; HERNANDEZ SANZ, MJ²; MARTINEZ ZAZO, ML²; SOLA MATEOS, A²; URIGÜEN CALZADA, M²

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO SNS-O¹, AGENCIA NAVARRA DE AUTONOMIA Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS²



ID: 25

[volver al índice](#)

TITULO: PREVENCIÓN DE ERRORES POR MEDICAMENTOS LAS (LOOKS-ALIKE/SOUNDS-ALIKE)

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: El objetivo principal fue identificar medicamentos LASA para disminuir errores de medicación.

Se subdivide en objetivos específicos:

- 1) Estudiar los nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión.
- 2) Identificar las apariencias similares de medicamentos que se prestan a confusión.
- 3) Analizar e implementar posibles soluciones, integrando en ellas a los profesionales más implicados en los posibles errores LASA

Material y métodos: Para el estudio de los medicamentos con nombres ortográfico o de fonética parecida se llevó a cabo un estudio comparativo de carácter descriptivo tomando como referencia “Lista de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión”, publicada por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos de España.

Para los medicamentos con apariencia o aspecto parecido se realizó un cuestionario abierto sobre cuáles eran los más frecuentes, o los más peligrosos que había entre los profesionales sanitarios.

Para el tercer objetivo, además de las correspondientes búsquedas bibliográficas, se realizaron varias sesiones con el personal implicado recogiendo las principales propuestas para su posterior análisis en función de la posibilidad de implantación.

Resultados: Las opciones recogidas tras las sesiones realizadas, y el análisis previo para su implantación se resumen a continuación.

- 1)Obligar a la industria a cambiar nombres y envases.
- 2)Cambiar de proveedores para aumentar las diferencias de aspecto.
- 3)Uso de “letras mayúsculas resaltadas” (tall man lettering) en los sistemas de prescripción y administración electrónica”.
- 4)Almacenamiento separado y especialmente diferenciado de medicamentos LASA.
- 5)Establecer un sistema de comunicación y detección de medicamentos LASA.
- 6)Realización de sesión clínica sobre medicamentos LASA en centros de salud .
- 7)Elaboración de una Guía Fotográfica de Medicamentos LASA.

Discusión / conclusiones: La presencia de medicamentos LASA en los hospitales y centros de salud es un hecho que, en España, no siempre se ha valorado adecuadamente. En especial el problema de los medicamentos LA, podríamos decir que ha sido especialmente desatendido, ya que mientras que existen listados de medicamentos con sonido parecido avalados y actualizados por el ISMP, no existe algo parecido para los medicamentos de aspecto parecido.



Las medidas que podrían parecer más sencillas que han sido propuestas por algunos profesionales están fuera del alcance de los hospitales y centros de salud.

Las medidas propuestas y adoptadas en el presente proyecto son fundamentalmente de tipo organizativo. Los efectos sobre el personal sanitario son evidentes creando conciencia del problema de los medicamentos LASA y mejorando la cultura de seguridad.

La incorporación de información fotográfica de los medicamentos implicados en posibles errores es una innovación sobre las recomendaciones del ISMP y de otros organismos.

La edición y actualización de una Guía de Medicamentos LASA.

Por parte de los autores no existe conflicto de intereses.

AUTORES: MESEGUER GILABERT, MARIA JESUS¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD JESUS MARIN-MOLINA DE SEGURA¹



ID: 26

[volver al índice](#)

TITULO: ¿CONOCEN LOS PACIENTES SUS MEDICAMENTOS DE LARGA DURACION Y LA HOJA DE TRATAMIENTO ACTIVO ?

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: El papel de los profesionales de enfermería de Atención Primaria es fundamental en la atención a los pacientes polimedificados, en cuanto a la educación, uso adecuado de la medicación, revisión y adherencia al tratamiento.

OBJETIVO: Evaluar el grado de conocimiento de la medicación crónica y de la Hoja de Tratamiento Activo por parte los pacientes que están tomando medicamentos de larga duración.

Material y métodos: Elaboración de una encuesta ad hoc con 7 preguntas: 3 identifican la edad, el género, y el número de medicamentos de larga duración que toman diariamente y 4 dirigidas a evaluar el conocimiento que tienen los pacientes respecto a su medicación crónica y Hoja de tratamiento Activo.

En el estudio participaron todas las enfermeras del centro de salud encuestando personalmente a todos los pacientes autónomos que acudieron durante 4 semanas a las consultas de enfermería para control y revisión de patologías crónicas.

Resultados: Se realizaron 504 encuestas, 253 a varones y 250 a mujeres, Dichas encuestas fueron distribuidas en franjas de edad de < 50 años, entre 50 – 64 años, 65-80 años y > 80 años obteniendo así el siguiente resultado de encuestas para cada franja de edad, 20, 138, 208 y 137 respectivamente.

Algunos de los hallazgos de este estudio son los siguientes:

1. A mayor edad menor conocimiento de los nombres de los medicamentos crónicos que toman diariamente.
2. A mayor número de fármacos, mayor conocimiento de la Hoja de Tratamiento Activo.
3. De los pacientes que conocen la Hoja de Tratamiento Activo solo un 6% conoce todos los lugares donde pueden solicitarla (consultas externas extrahospitalarias e intrahospitalarias, farmacias, carpeta de salud)
4. No se han encontrado diferencias significativas de género en cuanto al conocimiento de los medicamentos crónicos.
5. Un 50%de los pacientes encuestados están tomando 4 o más fármacos diariamente.
6. Los pacientes menores de 50 años que toman medicación de larga duración acuden muy poco a las consultas de enfermería del Centro de Salud para control de sus patologías crónicas.

Discusión / conclusiones: En el estudio no se han encontrado diferencias de género en cuanto al conocimiento de la medicación crónica, desmitificando que los hombres son menos conocedores de sus tratamientos de larga duración.

Es necesario dar a conocer a los pacientes los lugares donde se puede solicitar la Hoja de Tratamiento Activo, así como la implicación de otras categorías profesionales como por ejemplo médicos y profesionales del Área Administrativa de Atención al Cliente (AAC)

El estudio ha sido una experiencia positiva y motivadora para los profesionales de enfermería como una actividad de educación sanitaria para promover el uso adecuado y seguro de los tratamientos de larga duración.



AUTORES: PEREZ GOMEZ, MARTA¹; ARRANZ RAMOS, M.MAR¹; CASTRO CARRANZA, M.INES¹; FINCH HERRERA, LORENA¹; GONZALEZ VAZQUEZ, NAGORE¹

CENTRO DE TRABAJO: CS ARRIGORRIAGA¹



ID: 27

[volver al índice](#)

TITULO: CIRCUITO PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS A RECURSOS RESIDENCIALES DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La primera ola de la epidemia de covid afectó gravemente a los recursos residenciales (RR) y, además, puso al límite al sistema sanitario.

En aquellos RR en los que las personas estaban a cargo de un profesional de atención primaria (AP), la vía habitual de suministro de medicamentos eran las oficinas de farmacia a través de receta electrónica. En ese momento surgió la necesidad de que los profesionales de AP pudiesen hacerse cargo de nuevas situaciones en el propio RR —covid leve-moderada, reagudizaciones de enfermedades crónicas o cuidados paliativos de final de vida—, para lo cual se necesitaba garantizar el suministro de los medicamentos necesarios que, en muchos casos, eran de uso hospitalario y estaban en situación de desabastecimiento.

Análisis: En un área sanitaria con 475.000 habitantes y 41 zonas básicas de salud (ZBS), es el servicio de farmacia de un hospital monográfico de Salud Mental (SFSM) el que habitualmente dispensa los medicamentos de los botiquines de los centros de salud (CS).

En marzo de 2020 se decide que sea el propio SFSM quien asuma también la dispensación de medicamentos a los RR para situaciones relacionadas con la pandemia covid, empleando el circuito logístico ya establecido para los CS, con el fin de que estos RR tengan acceso inmediato a los mismos y se eviten situaciones de riesgo para los pacientes por la no disponibilidad de la medicación necesaria para su tratamiento.

Propuestas de mejora, planes de acción: La unidad de coordinación sociosanitaria de la Gerencia de AP incorporó el procedimiento de suministro de medicamentos a los RR al plan de organización de la asistencia sanitaria en la situación de crisis por la pandemia de covid.

Se identificaron los RR del área sanitaria (53 residencias de personas mayores, de enfermos mentales y de discapacidad, 125 pisos tutelados, 62 congregaciones religiosas, 11 recursos temporales y 2 albergues) en los que residen más de 3.400 personas.

Se estableció un catálogo de medicamentos y envió ordinario de medicamentos en el que los RR debían coordinarse con el CS de la ZBS. Se define también el procedimiento para la solicitud y envió urgente de medicamentos para situaciones críticas, originadas habitualmente por un brote de covid en algún RR.

Cada RR solicitó la medicación que necesitaba a través del centro de salud de su ZBS. El SFSM hizo un primer envió con el fin de aprovisionar a todos los recursos con una dotación básica de medicamentos. A partir de ese momento, se realizaron sucesivos envíos en los que se reponían aquellos medicamentos que se iban consumiendo.

Resultados conseguidos: El circuito está operativo desde marzo de 2020. Actualmente no existen contagios en los RR desde Febrero de 2021 que hayan necesitado medicación.

Se definió un catálogo inicial con 14 medicamentos, que posteriormente fue ampliado hasta 18 para paliar los desabastecimientos. Los medicamentos que más se dispensaron fueron sueroterapia, antibióticos, analgésicos y medicación para cuidados paliativos.



AUTORES: SANCHEZ RUIZ DE GORDOA, MARIA¹; CALVO PITA, CECILIA²; CASTRESANA ELIZONDO, MARTA¹; LEACHE ALEGRIA, LEIRE³; LOPEZ ANDRES, ANTONIO⁴

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER¹, SERVICIO DE FARMACIA SOCIOSANITARIO², SECCION DE INNOVACION Y ORGANIZACION SNS³, SUBDIRECCION DE FARMACIA SNS⁴



ID: 28

[volver al índice](#)

TITULO: DOSIS DE MEDICACION EN PEDIATRIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Administración de dosis farmacológica inadecuada a un niño que tenía pautado según su peso y edad 400 mg de paracetamol IV. Al solo disponer de Paracetamoles de 1gr que es el usado en adultos, hay que programarlo en la bomba de infusión para que solo pasen los ml que corresponden a esos 400 mg pautados al niño. Al haber varias enfermeras atendiendo a los pacientes y siendo solo una la que ha recibido la pauta y ha iniciado la perfusión, cuando pita la bomba tras finalizar la administración de la dosis programada la compañera que acude al ver que todavía queda medicación da por hecho que se ha obstruido y por eso pita y programa la bomba para que acabe de pasar el resto del contenido, administrando finalmente 1gr al niño.

Análisis realizado: Con las prisas y la carga de trabajo no puede acudir el mismo profesional que ha acudido previamente a atender al paciente al estar ocupado en otra tarea. El compañero que acude no se para a preguntar si tiene que finalizar o continuar la perfusión al no entender porque pita la bomba o cual es la prescripción para ese paciente, directamente la pone en marcha al ver que queda mucho contenido en el envase.

Conclusiones / aprendizaje: Ocultar los errores no es buena idea ya que de ellos se aprende y se encuentran soluciones. Todos los profesionales involucrados deben estar informados o dejar a la persona que ha iniciado esa medicación que se encargue de finalizarla.

Sería conveniente disponer de formatos o envases preparados con las dosis habitualmente usadas en pediatría para evitar lo ocurrido.

No debería atender a los pacientes un profesional al que no le hayan informado correctamente, ya que con las prisas y al intentar ayudar sin saber acabamos cometiendo errores sin querer que pueden tener consecuencias o no para el paciente, pero que no deberían ocurrir y sin embargo sí que lo hacen en la practica diaria.

AUTORES: BENEDITED BAYO, BELEN¹; VALLEJO REQUEJO, NOEMI¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD¹



ID: 29

[volver al índice](#)

TITULO: ADAPTARSE A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SURGEN

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Ante la situación vivida por la pandemia y el elevado riesgo de contagio para poder atender a los pacientes con seguridad ha sido necesario adaptarse y reestructurarse. Se ha limitado mucho el acceso a las instalaciones teniendo que analizar cada caso y situación concreta previamente, lo cual ha requerido mayor trabajo y más personal.

Análisis: Ver las salas de las que se dispone, los pasillos y las salidas, para crear circuitos y salas de sucio (respiratorio) en las cuales se realizan técnicas o se ve a pacientes con riesgo de enfermedad o contagio y otras de limpio donde se ve a los pacientes considerados sanos y sin síntomas, contacto ni riesgo. Las de sucio precisan ser limpiadas y bien ventiladas tras su uso.

Propuestas de mejora, planes de acción: Señalar e identificar correctamente las zonas, el camino a seguir y el uso de cada sala tanto para pacientes como para profesionales. Además de las indicaciones, ha sido necesario profesionales que informaran de las nuevas ubicaciones, normas y pasos a seguir. Repartición de los horarios y distribución de las tareas para evitar coincidir entre los distintos profesionales, haciendo a su vez que el trabajo sea equitativo.

Resultados conseguidos: La sala de uso respiratorio ha estado apartada y bien ventilada y desinfectada en todo momento tras su uso, se ha seguido el circuito de entrada y salida correctamente para que no se juntara la gente y mantendría las distancias de seguridad. A algunas personas les costaba verlo y era necesario indicárselo tras preguntar ellos por donde salir. Muy poca gente se saltaba las señales y circulaba por donde quería.

Con ello y muchas más medidas de protección, se ha conseguido un escaso contagio de los profesionales sanitarios, siendo difícil evaluar el caso de los pacientes que permanecían en las instalaciones de paso por muy poco tiempo.

AUTORES: BENEDITED BAYO, BELEN¹; VALLEJO REQUEJO, NOEMI¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD¹



ID: 30

[volver al índice](#)

TITULO: IMPORTANCIA DE VIGILAR VIAS PERIFERICAS DEL PACIENTE ANTES DEL ALTA

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Varón de 86 años de edad, con antecedentes de fibrilación arterial, que toma tratamiento crónico con anticoagulante oral de acción directa, que acude al servicio de urgencias por deterioro cognitivo. Es valorado por enfermería en triaje y atendido por un facultativo en consulta, que lo explora y solicita pruebas complementarias. Tras recibir algunos resultados pasa a área de observación donde recibe tratamiento intravenoso, es diagnosticado y mejora clínicamente. Tras 6 horas de estancia es dado de alta y trasladado en ambulancia a su domicilio junto a un familiar.

Horas después nos informa telefónicamente el centro coordinador que han enviado ambulancia al domicilio del paciente tras aviso. El paciente había sido dado de alta sin retirar la vía periférica del antebrazo izquierdo, el paciente se la había quitado sin supervisión sanitaria, sangrando profusamente por estar anticoagulado. Fue atendido en domicilio sin más incidencias.

Análisis realizado: La supervisión de la seguridad de los pacientes durante su estancia en el servicio de urgencias y antes del alta o traslado a otro servicio hospitalario es una responsabilidad de todo el personal sanitario. Dentro de esta supervisión, es importante observar las vías y sondas de los pacientes antes de que abandonen el servicio, así como el estado de vendajes, curas, pañales, etc. No sólo por la comodidad del paciente sino también para evitar eventos del tipo de hemorragias, como en el caso descrito.

Con el trabajo en equipo se puede aprender y llevar a cabo acciones de mejora a través del conocimiento de los posibles incidentes. Si no se sabe lo que ocurre, no se le puede poner remedio. El riesgo cero no existe y los eventos adversos han sucedido siempre, suceden y sucederán. Trabajar en la seguridad de pacientes tiene el objetivo de minimizar la probabilidad de que estos eventos adversos sucedan, que si ocurren el daño sea el mínimo y que tras el suceso los/as profesionales puedan disponer de las herramientas y los circuitos necesarios para gestionar el evento de la manera más adecuada posible.

Conclusiones / aprendizaje: El estudio de los efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años ya que son un problema frecuente, tanto por la mayor complejidad de la práctica clínica, como por el aumento de la edad de los pacientes atendidos.

En los últimos años se está implantando una conciencia y cultura de la seguridad entre los profesionales de la atención urgente así como el desarrollo de iniciativas de investigación con la consiguiente mejora de resultados y eficiencia en la prevención de riesgos.

AUTORES: MORALES FRANCO, BELEN¹

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO¹



ID: 33

[volver al índice](#)

TITULO: CRIBADO DE PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECIFICA EN LOS CENTROS DE SALUD: APLICANDO EL “NO HACER”

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: En las consultas de atención primaria, es frecuente la atención de pacientes con procesos de lumbalgia inespecífica, principal causa de baja laboral y de discapacidad, con intervenciones no siempre acordes a las guías de práctica clínica para estos procesos. Además, un número importante de estas intervenciones se incluyen dentro de las recomendaciones de “NO hacer”, ya que la evidencia disponible no las recomienda por su nula efectividad y por tener un impacto nocéxico sobre los pacientes, aumentando las posibilidades de cronificación.

Implementar tratamientos evidenciados de primera línea como la fisioterapia en el corto plazo, evita intervenciones discordantes y reduce la probabilidad de cronicidad.

Actualmente, para la atención de la actividad “no programada” de los centros de salud, se realiza una consulta con enfermería y con el médico de atención primaria (MAP), que establece el diagnóstico y el tratamiento médico más adecuado.

Se propone un cambio en el procedimiento actual, de manera que pacientes que presenten lumbalgias inespecíficas y que acuden de manera no programada, puedan ser valorados por el fisioterapeuta, una vez sea diagnosticado por el MAP, para cribado y establecimiento del tratamiento fisioterápico más oportuno.

Este protocolo, pionero a nivel nacional, podría convertirse en una manera de optimizar tanto consultas, como radiaciones innecesarias al paciente.

Objetivo/s a conseguir: - Implementar en el 100% de las unidades de fisioterapia de atención primaria (UFAP) del área un procedimiento basado en las guías de práctica clínica para las lumbalgias inespecíficas.

- Contribuir a reducir los procedimientos enmarcados en el “NO hacer”.

- Reducir costes indirectos generados por esta patología.

Metodología a aplicar:

1. El personal administrativo citará en un acto “urgente” de fisioterapia, tras el diagnóstico médico de lumbalgia inespecífica.
2. El fisioterapeuta evaluará a ese paciente en el día y programará las sesiones sucesivas.
3. Se creará un registro de procesos atendidos, con evaluación del procedimiento a los 6 meses, en relación a casos evaluados y satisfacción del paciente y de los MAP.

Resultados esperables:

1. Realizar una atención urgente del 100% de la sobredemanda de estos procesos.



2. Controlar el proceso desde la fase aguda, evitando intervenciones discordantes englobadas en las prácticas de “NO hacer”: prescripción de opioides, benzodiacepinas, pruebas diagnósticas innecesarias e interconsultas a especialistas hospitalarios.
3. Mejorar la satisfacción del paciente y de los MAP.
4. Replicar el proyecto en las UFAP de otras áreas con posibilidad de escalar el procedimiento a otros procesos de alta prevalencia y baja complejidad: cervicalgias, dorsalgias, hombro doloroso simple, esguinces (rodilla, tobillo, muñeca,...) y roturas musculares.

AUTORES: PINTOS PEREZ, LUIS¹; DOCAMPO FERREIRA, TIRSO²; PLANA PINTOS, RAQUEL³; GONZALEZ FORMOSO, CLARA²; SIEIRO SANJURJO, CAROLINA³; ALONSO GONZALEZ, PATRICIA³

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SAUDE MOAÑA¹, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO², CENTRO DE SAUDE PONTEAREAS³



ID: 34

[volver al índice](#)

TITULO: CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN FISIOTERAPIA A PACIENTES COVID TRAS ALTA HOSPITALARIA. VIA SEGURA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AREA TEMATICA: Otras prácticas seguras: identificación inequívoca, cirugía segura, comunicación efectiva entre profesionales, radiaciones ionizantes...

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los pacientes Covid-19 con ingreso hospitalario, tienen dificultades para el seguimiento de sus programas de ejercicio terapéutico (ET) y fisioterapia respiratoria tras el alta hospitalaria. La dificultad para conseguir citas con su médico de familia hace que, en muchos casos, se demore el seguimiento de sus procesos de recuperación de las capacidades motoras y/o respiratorias perdidas

Análisis: Se consideró prioritario establecer una vía segura de comunicación entre fisioterapia hospitalaria y las unidades de fisioterapia de atención primaria (UFAP), en colaboración con los servicios de neumología y medicina interna (MI), que garantizase y agilizase la continuidad asistencial en la atención de fisioterapia

Propuestas de mejora, planes de acción: Diseñar una estrategia de coordinación entre los dos niveles asistenciales de fisioterapia, para hacer el seguimiento al 100% de estos pacientes tras el alta hospitalaria y asegurar la continuidad asistencial en el proceso de recuperación; aportando una mayor calidad asistencial, al establecer objetivos terapéuticos ajustados a cada nivel y transmitiendo más seguridad al paciente por el control del proceso terapéutico de inicio a fin.

El plan de acción establecía que se implantase este proyecto en el 100% de las 11 UFAP del área y con un inicio en el seguimiento entre la segunda y tercera semana tras el alta.

Para ello, cada 2 semanas se enviaban por correo electrónico las altas hospitalarias a la UFAP correspondiente, donde se realiza una primera consulta telefónica de valoración.

Si cumple los criterios de inclusión (CI) se establece el seguimiento de la recuperación de capacidades motoras y/o respiratorias, basado en un programa de ET guiado, adaptado y supervisado por los fisioterapeutas.

Si no cumplen los CI se reportan a las unidades de fisioterapia hospitalarias (UFH). Los casos con mala evolución o complicaciones se notifican a las unidades de neumología o MI

Resultados conseguidos: Esta vía se ha implementado en las 11 UFAP del Área, siguiendo un total de 242 pacientes (100% de los casos hasta la fecha) y con un inicio en UFAP inferior a 3 semanas.

Sólo un 4% de los casos (n=9) fueron reportados al nivel hospitalario, siendo el 3% (n=7) por complicaciones o mala evolución y el 1% (n=2) por no cumplir los CI de las UFAP.

Se plantea mejorar esta vía utilizando plataformas y herramientas tecnológicas de asistencia sanitaria para el control del paciente, que facilitarán la comunicación entre los dos niveles, el inicio precoz y el seguimiento del programa de ET

AUTORES: CHAMORRO COMESAÑA, ANTONIO¹; DOCAMPO FERREIRA, TIRSO¹; GONZALEZ FORMOSO, CLARA¹; GARCIA ALFARO, AMPARO²; MOLANES VIEITEZ, VICTOR MANUEL³; POCIÑA NIEVES, MARIA AURORA⁴

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO¹, HOSPITAL MEIXOEIRO², CIS TABOADA LEAL³, CENTRO DE SALUD VAL MIÑOR⁴



ID: 35

[volver al índice](#)

TITULO: BARRERAS PERCIBIDAS POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES 'NO HACER'

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Describir las barreras percibidas por facultativos de Atención Primaria en la implementación de una serie de recomendaciones 'No hacer' en su práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta, incluyéndose una selección de recomendaciones de práctica clínica formuladas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

La población de estudio incluyó la totalidad de médicos desarrollando su actividad asistencial en las consultas de Atención Primaria de un área de salud. Se llevó a cabo un muestreo de oportunidad y participación voluntaria. La recogida de datos se realizó a lo largo de dos meses. La entrega de cuestionarios se efectuó en sobre cerrado y con recepción centralizada según protocolo.

Las barreras percibidas fueron valoradas de forma cualitativa, mediante una pregunta abierta. Las respuestas obtenidas en dicho ítem fueron codificadas a posteriori en categorías representativas de las más repetidas por los encuestados.

Resultados: La tasa de respuesta global fue 68,9% (n = 51), la tasa de respuesta a dicha pregunta fue 51% (n = 26).

Se identificaron barreras de tipo estructural, relacionadas con el paciente y el médico:

- Estructurales: la principal barrera referida por los facultativos en su puesta en práctica fue el tiempo por consulta médica (34,6%). Otras citadas fueron la existencia de 'inercias clínicas' previas (diagnósticas, terapéuticas) (19,2%), y la disparidad de criterios con atención especializada y/o protocolos existentes (15,4%).

- Relacionadas con el paciente: diversos citaron la presión y demandas por parte de los mismos (15,4%), y otros enfatizaron la existencia de ideas preconcebidas y creencias, aduciendo la necesidad de actividades de 'educación sanitaria' (15,4%).

- Relacionadas con el médico: diversos expresaron el problema que supone querer satisfacer expectativas (11,5%). Otros destacaron la necesidad de una mayor difusión y divulgación de dichas recomendaciones, con actividades de formación a sanitarios y herramientas que faciliten su implementación (11,5%), ya que algunos incluso verbalizaron dificultades para su comunicación en consulta (3,8%). La medicina defensiva también fue aludida entre las respuestas (3,8%).

- Otras respuestas: diversos destacaron la utilidad de estas recomendaciones (15,4%), si bien algunos matizaron o cuestionaron alguna en concreto (11,5%). Algunos refirieron no encontrar especiales barreras para su implantación (7,7%) y otros enfatizaron la necesidad de individualizar en cada caso (7,7%).

Discusión / conclusiones: Consideramos que sería necesario realizar estudios cualitativos, tanto con profesionales como con pacientes, que permitan estudiar la cultura de seguridad del paciente y las barreras existentes en la implementación de medidas de prevención cuaternaria con mayor profundidad, en aras de una gestión más segura, eficiente y justa de los recursos, con el objetivo de mejorar la praxis médica y disminuir la iatrogenia en actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas.



AUTORES: RAMIREZ GIL, JAVIER¹; GUIJARRO ESCLAPEZ, JJ¹; ANGELL VALDES, S¹; CONESA GARCIA, EM¹; GARBERI JUAN, G²; TERCERO MACIA, C¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ALTABIX, ELCHE¹; CENTRO DE SALUD EL RAVAL, ELCHE²



ID: 36

[volver al índice](#)

TITULO: CALIDAD DEL ARBOL DE PRESCRIPCION ELECTRONICA, MAS ALLA DE LA DISPENSACION EN FARMACIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Además de los clásicos errores de prescripción (Pr): duplicidades, interacciones, etc. la prescripción electrónica ha añadido la 'perpetuación' de pautas y dosis en el árbol de prescripción/dispensación a pesar de describir en el curso clínico la intención de cambio o suspensión de un medicamento prescrito. Tratamientos (T) con dosis individualizadas, pueden provocar efectos adversos si, en tránsitos asistenciales o cambios de cuidador/memoria del paciente (P), no se corresponde la pauta registrada con la recomendación médica. La pauta, dosis y la presencia de una prescripción (Pr) suponen información escrita para el P y otros sanitarios sobre la que tomar decisiones.

Análisis: La Pr orientada a asegurar la dispensación es frecuente y pocos toman conciencia del riesgo de no ajustar pauta/dosis. Los tiempos de consulta limitan la comunicación y comprensión verbal de recomendaciones, evitar citas por carecer de T o la Pr 'por sí' generan discrepancias (D) entre lo real recomendado (R/R) y lo registrado. Las más frecuentes detectados en 6 meses de consulta (1980 P revisados, sep. 2020 - feb. 2021): > 30% de insulina basal con dosis > de la posología R/R. > 50% de insulina pre-prandial con dosis > a la r/r. > 40% inmunosupresores se mantienen en dosis inicial de carga. > 60% T psiquiátricos en formulación gotas > dosis a la r/r. > 4% prescripciones agudas se prescriben como crónicas. > 20% de cupos médicos prescriben sistemáticamente dosis máximas de analgésicos/antiinflamatorios. >70% de Sintrom® prescribe 1 comprimido/día cuando lo R/R son fracciones.

De esta selección de casos de D, son las insulinas y los T psiquiátricos los que con > frecuencia llevan al P a atención de urgencia, para el resto de T se reducen los depósitos domiciliarios.

Propuestas de mejora, planes de acción: La revisión, registro y eliminación de D entre la recomendación médica de T y el árbol de Pr por el Farmacéutico de Atención Primaria evitaría situaciones potenciales de riesgo. Identificar los T con D más frecuentes y los cupos con esta tendencia de Pr permite priorizar el plan de trabajo que debe completarse, con un protocolo que defina claramente la D y la comunicación con médico y P.

Resultados conseguidos: Durante los 6 meses de intervención, se reducen y ajustan fechas de dispensación de los tratamientos que permiten pautas individualizadas dentro del programa de revisión de la medicación se modificaron: 132 insulinas lentas (15 reducción y 17 aumento dosis), 43 pre-prandiales (en todos los casos desechamos cajas caducadas) 49 T psiquiátricos (mayor reticencia de la familia) 71 analgésicos, más de 100 Sintrom®. Se ha mejorado la percepción del prescriptor de la necesidad de ajuste del árbol de P a la realidad. Se han detectado y resuelto 2 incidencias con insulina que llegó al P, una en un tránsito y otra dentro del mismo cupo. En conclusión la intervención aporta seguridad al P y, por lo tanto, resulta beneficiosa para el sistema en términos de coste/efectividad.

AUTORES: PEREIRA PIA, MERCEDES¹; FERNANDEZ LOPEZ, AGUSTINA²

CENTRO DE TRABAJO: C.S. SAN ROQUE¹, C.S. VILLALBA²



ID: 37

[volver al índice](#)

TITULO: LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA. UN PASO MAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Evaluar la legibilidad lingüística de recomendaciones del informe de enfermería al alta mediante dos escalas.

Medir la concordancia entre ambas escalas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado a las 50 recomendaciones más difundidas en un área sanitaria, desde octubre 2020 a marzo 2021.

Se utilizaron dos fórmulas de análisis de legibilidad validadas para el español, mediante la herramienta Legible.es: a) escala INFLESZ, empleada en el ámbito sanitario para evaluar la legibilidad lingüística del consentimiento informado, prospectos y materiales para Educación para la Salud (0-40 'muy difícil', 40-55 'algo difícil', 55-65 'normal', 65-80 'bastante fácil', 80-100 'muy fácil') y b) índice de legibilidad μ que calcula la facilidad lectora de un texto (0-30 'muy difícil', 31-50 'difícil', 51-60 'un poco difícil', 61-70 'adecuado', 71-80 'un poco fácil', 81-90 'fácil', 91-100 'muy fácil').

Una vez aplicadas las escalas sobre las recomendaciones, se tabularon en una hoja de cálculo Excell los datos. Se realizó una descripción empleando porcentajes y media aritmética. Se calculó la concordancia entre las escalas mediante el índice Kappa.

Resultados: Los datos que arroja la escala INFLESZ a una muestra de 50 recomendaciones de enfermería (82,7% de todas las recomendaciones entregadas en el período de estudio), muestra que un 64% (n= 32) tenían una legibilidad lingüística 'normal', un 26% (n= 13) 'algo difícil' y un 10% (n= 5) 'bastante fácil', con un valor medio de 58,99 ('normal').

Aplicando el índice de legibilidad μ , el 22% (n= 11) dieron como resultado 'difícil', el 68% (n= 34), 'un poco difícil', el 6% (n= 3) 'adecuado' y el 4% (n= 2) 'un poco fácil', con un valor medio de 53,23 ('un poco difícil').

En ninguna de las recomendaciones se obtuvo el resultado 'muy fácil' al aplicar ambas escalas de legibilidad.

El índice Kappa fue 0,07 (IC:-0,20-0,06), indicando una concordancia pobre entre ambas escalas.

Discusión / conclusiones: Las recomendaciones analizadas presentaron una legibilidad mejorable, no cumpliendo el objetivo básico para el que fueron redactadas. De este análisis se deduce que existe un amplio margen de mejora en las recomendaciones que se entregan a los pacientes, coincidiendo con los resultados de otros estudios.

La concordancia entre ambas escalas es pobre.

La legibilidad de los textos es clave en la actividad asistencial, generando equidad en el acceso a la información de los pacientes y mayor seguridad clínica. Adecuar las necesidades de información en las recomendaciones para el paciente tendría que formar parte del compromiso con la seguridad del paciente.

AUTORES: GONZALEZ-FORMOSO, CLARA¹; RODRIGUEZ-LORENZO, D²; FARIÑAS-LORENZO, B²; PARDO-LEMOS, I²; BURGOS-PEREZ, E¹; MARTIN-MIGUEL, MV²

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ROSALIA DE CASTRO¹, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO²



ID: 38

[volver al índice](#)

TITULO: TRIAJE MULTIDISCIPLINAR PARA NO PERDER LA ACCESIBILIDAD

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La pandemia por COVID-19 limitó la entrada física de los pacientes a los centros de salud para evitar los contagios priorizando el uso del teléfono. En nuestro centro de salud trabajamos 100 profesionales que atendemos a 56.000 personas en un barrio urbano. La accesibilidad telefónica siempre ha sido un problema, con sólo cuatro líneas habilitadas para recibir llamadas.

Análisis: Durante la epidemia no se habilitan más líneas telefónicas entrantes ni se contrata más personal para atenderlas, por lo que los pacientes se ven obligados a acudir al centro de salud generando una fila en la calle que puede llegar a una hora de espera.

La disminución de la plantilla en un 25%, sumada a los 7 profesionales dedicados a diario a pacientes COVID, se traduce en agendas imposibles de asumir (hasta 80 pacientes/turno).

Propuestas de mejora, planes de acción: Se crea un triaje en la entrada del centro de salud compuesto por cuatro profesionales que organizan el flujo de pacientes y solucionan todas las demandas posibles. Trabajan por turnos rotatorios y disponen de ordenadores con acceso al programa informático. Funciones:

- Administrativo: entrega de documentación almacenada por los profesionales en un archivador (IT, informes, interconsultas...), gestión de citas NO COVID y tramitación de tarjeta sanitaria urgente.
- Enfermero: triaje de ambos circuitos, citación y gestión de pacientes COVID, entrega de material diabético y curas y resolución de dudas.
- Médico: gestión e impresión de documentos administrativos (IT, interconsultas, informes...) no encontrados en el archivador y resolución de patologías no complejas consensuadas previamente. Dispone de una sala cercana donde poder realizar exploraciones básicas.
- Celador: orden y atención de incidencias en la fila de acceso.

Dos profesionales de cada categoría forman el grupo de triaje, que evalúa periódicamente su funcionamiento y los datos de actividad: detectan los problemas, consensuan soluciones y ponen en marcha los cambios previa difusión al resto del equipo.

Resultados conseguidos: Cada día se atienden en el triaje a una media de 716 personas: 39% acude a recoger documentos o material, 23% acude a solicitar cita y 36% es atendido de forma presencial en alguno de los dos circuitos. En el triaje, medicina resuelve de media 80 consultas clínicas NO COVID al día y enfermería deriva al circuito COVID una media de 73 pacientes al día.

El triaje surge como respuesta imperfecta a la falta de accesibilidad telefónica, al déficit de recursos y al control de aforo. Se ha convertido en un punto de encuentro para distintos profesionales dando aún más importancia al trabajo en equipo, el respeto mutuo, la comunicación y la necesidad de una evaluación continua.

Sin embargo, estos cambios sólo sirven para parchear el déficit de recursos humanos y económicos que padece desde hace años la atención primaria y que afectan de forma directa a la seguridad del paciente.



AUTORES: JIMENEZ OLIVAS, NURIA¹; COSTA MARTINEZ, LUIS¹; BLANCO ROMERO, SARA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD DAROCA¹



ID: 39

[volver al índice](#)

TITULO: ESTUDIO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA PATOLOGIA DE INFECCION URINARIA EN CENTRO DE SALUD DE A. PRIMARIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: -Adoptar medidas de seguridad en el uso de antibióticos, evitando la morbilidad al paciente y el coste que suponen al sistema sanitario, especialmente en el paciente crónico pluripatológico y polimedcado.

-Utilizar una estrategia que disminuya la resistencia y los efectos secundarios no deseados del uso de determinados antibióticos (quinolonas).

-Reducir el uso de quinolonas en un centro de salud tras la revisión, actualización y exposición de protocolos en una sesión de formación impartida al equipo de Atención Primaria.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional prospectivo en una zona de salud, recopilando datos de pacientes que acudieron a urgencias con ITU y su tratamiento en el año 2019; tras realizar un proyecto de mejora para la seguridad del paciente, revisando los protocolos con el objetivo de evitar el mal uso de quinolonas, se analizaron los casos que acudieron con clínica de ITU en el año 2020 y el tratamiento pautado.

Variables: edad, sexo, tratamiento antibiótico prescrito.

Resultados: El resultado obtenido fue:

- Año 2019 :- ciprofloxacino 21
 - norfloxacino 6
 - cefuroxima: 7
 - amoxi - clavulánico 9
 - amoxicilina 3
 - fosfomicina 67
 - cefixima 1
 - furantoina 2
 - septrim 2
 - doxiciclina 1
 - levofloxacino 3
 - macrólidos 0
- Año 2020 :- ciprofloxacino 6
 - norfloxacino 2



- cefuroxima: 10
- amoxi - clavulánico 9
- amoxicilina 0
- fosfomicina 50
- cefixima 3
- furantoina 1
- septrim 1
- doxiciclina 0
- levofloxacin 3
- macrólidos 2

Se objetivó un descenso en el uso de las quinolonas de elección, y un incremento de la utilización de fosfomicina como primera opción terapéutica.

Discusión / conclusiones: Las infecciones urinarias (ITU) constituyen un problema de salud de elevada prevalencia en la población. Un inadecuado uso de los antibióticos para su tratamiento ocasiona un problema de salud pública.

La clínica es diversa, desde cuadros asintomáticos a sintomatología: disuria, polaquiuria, hematuria, tenesmo vesical, fiebre

La técnica de diagnóstico más utilizada es la tira reactiva de orina.

Etiología: patógenos más frecuentes son E. Colli, Proteus Mirabilis, Klebsiella Pneumoniae y E. Faecalis.

Tratamiento: en ITU no complicada se recomienda de 1ª elección el uso de fosfomicina trometamol (3 gr. dosis única v.o.) o fosfomicina cálcica (500mg- 1gr cada 8 horas v.o. 7 días). En ITU complicada se debe utilizar cefuroxima axetilo 500mg/12h 7 días, en caso de alergia se recomienda el uso de gentamicina im dosis única diaria.

Conclusión

Las quinolonas han sido muy utilizadas pero no se recomiendan como tratamiento empírico, por el elevado % de resistencias (32.5% en España), además el balance riesgo/beneficio es desfavorable ya que se relacionan con efectos secundarios discapacitantes y potencialmente permanentes (tendinopatías, artromiopatías, afectación neurológica)

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

AUTORES: MARTIN BAEZA, ANA MARIA¹; OVIEDO ESTEBAN, MYRIAM¹

CENTRO DE TRABAJO: C.S.SAN PEDRO DEL ARROYO¹, C.S. SAN PEDRO DEL ARROYO¹



ID: 40

[volver al índice](#)

TITULO: CASOS QUE ENSEÑAN: MANEJO EN CONSULTA DEL ESPACIO MUERTO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE UNA ULCERA DE MARJOLIN

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Varón de 42 años que acude a consulta de enfermería para valoración de una lesión cutánea en el miembro inferior izquierdo. Antecedentes de quemadura de 3º grado en el tercio superior, cara anterior, del muslo izquierdo hace 20 años.

Desde hace 2 meses ha aparecido una ulceración en la zona central de la quemadura, enrojecida y molesta al roce con el pantalón. Observamos en la zona central, bordes irregulares y recubrimiento hiperqueratósico sin signos de infección. Tras valoración por Médico de Atención Primaria se decide derivación a dermatología, siendo diagnosticado de úlcera de Marjolin.

Se realiza extirpación quirúrgica de la tumoración, con una profundidad de 3cm realizando cierre por primera intención con nudos simple invertidos y refuerzo de bordes con tiras adhesivas (Steri-Strip®).

Al alta, comenzamos con curas cada 48 horas, durante la primera semana post cirugía, sin observarse signos de infección. A partir de la segunda semana, el paciente presenta aumento del dolor con mayor inflamación, calor, separación de bordes y exudado seropurulento. Se toma muestra del exudado, realización de curas con apósito de hidrofibra de hidrocoloide y mantenimiento de los bordes con tiras adhesivas, valorando evolución. Reducimos el tiempo entre curas y se comienza con antibiótico empírico hasta resultado del cultivo.

En la siguiente visita, aparece dehiscencia de herida, observando espacio muerto bajo la sutura y expulsando contenido purulento. Se realiza nueva derivación.

Análisis realizado: Estudiando el caso podemos observar varios factores que han predisuesto al empeoramiento de la herida quirúrgica. Una sutura superficial en una herida quirúrgica profunda y con alta tensión de los bordes, favorece la aparición de los espacios muertos, produciendo un aumento del contenido seroso que si no se trata de forma precoz, se convierte en un caldo de cultivo para la proliferación bacteriana.

La evolución de una úlcera aguda de Marjolin tiene buen pronóstico, pero en miembros inferiores suele ser más complicada que en el resto del cuerpo.

La forma correcta de actuación ante esta complicación, es eliminar el exceso de exudado mediante un drenaje y medidas de compresión. Aprovechando la separación de bordes que se había generado, lo adecuado hubiese sido colocar este drenaje para impedir esa dehiscencia final que se produjo, evitando así el cierre de herida por tercera intención.

Conclusiones / aprendizaje: Las medidas preventivas son el pilar en el manejo terapéutico de estas úlceras. El cuidado meticuloso de la herida y los tratamientos precoces ante posibles infecciones, disminuyen el riesgo de complicaciones, favorecen el cierre precoz y evitan en gran medida las derivaciones al segundo nivel asistencial.

Ante la mínima sospecha de un posible espacio muerto, enfermería debe actuar de forma precoz, favoreciendo el drenaje del contenido interno y disminuyendo de forma inmediata la presión dentro de la herida, vigilando la aparición de otras complicaciones.



AUTORES: MUÑOZ SANCHEZ, EDUARDO¹; PASTOR LEBRERO, MARIA²; GUIJARRO MIRAVALLS, CARLOS³; GRANDE ALTABLE, CRISTINA⁴; GUTIERREZ REDONDO, JAVIER⁵; DIEZ GIL, AARON⁶

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD HUERTA DEL REY (ASVAO)¹, CENTRO DE SALUD PARQUESOL (ASVAO)², CENTRO DE SALUD COVARESA-PARQUE ALAMEDA (ASVAO)³, CENTRO DE SALUD CASA DEL BARCO (ASVAO)⁴, CENTRO DE SALUD PLAZA DEL EJERCITO (ASVAO)⁵, CENTRO DE SALUD ARTURO EYRIES (ASVAO)⁶



ID: 41

[volver al índice](#)

TITULO: INFECCIONES PERIPROTESICAS, PODEMOS PREVENIRLAS DESDE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La infección periprotésica es un proceso muy complejo que conlleva una morbimortalidad y costes muy elevados. Por ello es esencial el abordaje multidisciplinar, para mejorar los resultados del tratamiento y disminuir la incidencia.

La coordinación entre el servicio quirúrgico y Atención Primaria es fundamental, consistiendo en un estudio de colonización nasal por *S. aureus* en pacientes que van a ser sometidos a artroplastia, con el fin de descolonizarlos y así bajar la incidencia de infecciones periprotésicas. Todo ello realizado 15 días antes de la fecha de intervención.

Análisis: Los pacientes que sufren una infección periprotésica, precisan de muchos cuidados y gastos de recursos tanto en Atención especializada como en Atención Primaria.

Si prevenimos ese riesgo desde antes de cualquier intervención de artroplastia a un paciente, vamos a aumentar la seguridad del paciente en cuanto a múltiples complicaciones, evitaremos ingresos hospitalarios prolongados, y disminuirémos el gasto en recursos materiales y humanos que todo ese proceso conlleva.

Propuestas de mejora, planes de acción: Existe un protocolo quirúrgico entre el servicio de Cirugía Ortopédica Traumatológica y Atención primaria.

Previo a la cirugía al paciente se le entrega la petición de exudado nasal, éste se pondrá en comunicación con su centro de salud de referencia para la toma de la muestra.

Si los resultados fuesen positivos se procederá a una descontaminación antibiótica.

Todo el proceso queda registrado para su comprobación en el momento en que el paciente ingresa para la realización de la artroplastia, puede ser prótesis de cadera o prótesis de rodilla.

Resultados conseguidos: Desde la implantación del programa hay una clara disminución de la tasa total de infecciones por *S.aureus*.

Hay un ahorro económico directamente relacionado con la prescripción de antibióticos.

Existe una aportación científica de estos resultados a nivel nacional.

Estos pacientes tienen que ser manejados dentro de un grupo multidisciplinar, incluyendo traumatólogos, microbiólogos, personal de Enfermería, y Atención Primaria.

Por este motivo se creó en Noviembre de 2016 el Grupo de Apoyo para manejo de la Infección Osteoarticular (GAIO), con una implicación importantísima de Atención Primaria.

En la actualidad hay un funcionamiento correcto del protocolo, viéndose reducida esa incidencia de las infecciones osteoarticulares, estando pendiente la publicación concreta de los primeros resultados.



AUTORES: HIERRO PEREDA, SONIA¹; VARGA DEL HOYO, R²; CEBALLOS SANTOS, L²; BURGOS MESA, JM¹

CENTRO DE TRABAJO: ATENCIÓN PRIMARIA DE BURGOS¹, HUBU²



ID: 42

[volver al índice](#)

TITULO: IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REVISION DE LA MEDICACION EN POBLACION MAYOR POLIMEDICADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La polimedición en mayores supone un problema de seguridad clínica que se vio agravado por la pandemia. El aislamiento parecía provocar mayor uso de anticóaticos y ciertos medicamentos se asociaron a incremento del riesgo de infecciones respiratorias. La implantación de una revisión sistemática de la medicación (RSM) dirigida a medicamentos y problemas potenciales podía minimizar riesgos

Análisis: Barreras (a) y facilitadores (b) a intervención de RSM pre-definida mediante entrevistas semiestructuradas individuales a médicas/os de familia (MF): (a) necesidad de formación, no existencia de guías, desconocimiento de listas de criterios explícitos sobre problemas de adecuación, prescripción inducida, falta de tiempo, negativa del paciente a deprescripción; (b) guías sobre deprescripción (concisas, dirigidas a problemas específicos); formación práctica (accesible, dirigida a problemas, clarificando beneficios); planificación de RSM dentro del tiempo de consulta; apoyo de Farmacia-Atención Primaria (FAP).

Grupos de medicamentos diana seleccionados en base a su asociación a mayor riesgo de infección respiratoria y margen de mejora en seguridad (datos internos)

Propuestas de mejora, planes de acción: Tras análisis, se definieron componentes de la intervención a realizar y plan de trabajo:

a) Elaboración de guía de RSM, adaptada a las expectativas de los profesionales y centrada en: antipsicóticos, hipnóticos, antidepresivos, diabetes en > 80 años, opioides en dolor crónico no oncológico, carga anticolinérgica, medicamentos para EPOC, y tratamiento de anemias; b) Diseño y ejecución de actividad formativa on-line para difusión de la Guía; c) Diseño de programa de trabajo con centros de salud, priorizando pacientes en centros sociosanitarios y pilotaje del programa de trabajo; d) Valoración de prueba piloto e) Rediseño de la intervención

Resultados conseguidos: a) Junio 2020: a) Publicación de "Guía de trabajo para revisión de la medicación de pacientes polimedificados en Atención Primaria durante la pandemia de COVID-19". Difusión: centros e intranet corporativa. Contenidos: recomendaciones generales; algoritmo de decisión para selección de criterios explícitos a aplicar en RSM (STOPP-START/STOPP-Pal); guías concisas de problemas de seguridad y acciones a considerar en grupos específicos de medicamentos; uso seguro de fármacos que prolongan intervalo QT; ajuste de dosis en insuficiencia hepática y renal; recomendaciones en situación de COVID-19. Desde Julio:

b) Formación on-line: basada en casos (15 h), a 150 profesionales (20% del total). Satisfacción: Muy alta.

c) Programa de trabajo acordado con centros: incluye apoyo por FAP (realiza RSM sobre pacientes acordados y emite propuesta de plan de acción). Pilotado sobre 378 pacientes (87 en residencias).

Abril-Mayo 2021: d) Valoración piloto (preliminar): la Guía facilita RSM y diseño de plan de acción en tiempo aceptable; será Guía viva, con participación de MF en actualización; necesario liderazgo en centros; evaluación de impacto (en curso). e) rediseño (en curso)



AUTORES: MOLINA LOPEZ, TERESA¹; PALMA MORGADO, D¹; CARABALLO CAMACHO, MO¹; MONTERO BALOSA, MC²; BELTRAN CALVO, C²; DOMINGUEZ CAMACHO, JC¹

CENTRO DE TRABAJO: DISTRITO SANITARIO SEVILLA. SERVICIO DE FARMACIA¹, DISTRITO SANITARIO ALJARAFFE-SEVILLA NORTE. SERVICIO DE FARMACIA²



ID: 43

[volver al índice](#)

TITULO: ESTENOSIS URETRAL Y RETENCION AGUDA DE ORINA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 56 años acude a urgencias a las 18:00 por presentar posible retención aguda de orina (RAO). El residente de guardia (R1), al ver en la pantalla del programa el motivo de consulta y sabiendo lo incómodo-doloroso que es, se lo asigna como suyo y comienza a valorarlo antes de hablar con su adjunto de referencia (de R1 en este hospital los residentes no pueden firmar altas, pero la valoración inicial suelen hacerla en solitario para luego consultar con el adjunto correspondiente). Mientras tanto, el personal de enfermería pasa al paciente al box reservado para Urología. La enfermera a cargo del paciente se acerca a la sala donde están los residentes y comenta con el residente la pertinencia de sondar al paciente. El residente, que ya ha tratado varias RAOs y siendo ese día una tarde muy ajetreada, decide ganar tiempo y da el visto bueno al sondaje antes de ver al paciente. Inmediatamente después se pone a revisar los antecedentes del mismo. Allí, descubre que está pendiente de una uretroplastia por estenosis uretral. Se levanta corriendo para evitar un evento adverso pero el paciente no ha sido sondado porque había sido instruido por su urólogo de que no podía ser sondado y que en caso de RAO necesitaría hacerse una talla vesical.

Análisis realizado: Utilizando el protocolo de Londres para analizar el evento adverso, hemos localizado varios problemas y factores contribuyentes:

- El principal es no revisar los antecedentes del paciente y realizar una adecuada anamnesis y exploración física antes de solicitar pruebas complementarias u medidas terapéuticas. Esto se ve contribuido por la sobrecarga asistencial del momento (por las tardes es hora de máxima afluencia) y la inexperiencia-falsa sensación de confianza del residente, además de las características de la patología a tratar (sensación importante de ganas de orinar sin poder hacerlo, siendo muy incómoda y generando necesidad de apresuramiento) y la dinámica entre adjuntos-residentes.
- La otra desviación del normal curso de acontecimientos fue que la compañera de enfermería debería, a pesar de contar con experiencia amplia en servicio de urgencias, esperar a la valoración por parte del compañero de medicina para decidir si el sondaje es pertinente o no. Esto se ve contribuido por la abultada experiencia laboral en urgencias de la compañera (sensación de confianza), y por la carga de trabajo en el momento.

Conclusiones / aprendizaje: Como lecciones de este episodio destacamos:

- Lo importante que es que los pacientes conozcan sus patologías y como deben ser (o no deben ser) tratadas. Esta barrera en este caso evitó un evento adverso que podría haber sido potencialmente grave.
- Se remarca lo importante que es seguir (excepto situaciones de urgencia extrema) la correcta secuencia de revisión antecedentes + anamnesis + exploración, que habría revelado la imposibilidad de realizar un sondaje al paciente. Incluso en situaciones de urgencia extrema se debería revisar, si se puede, los antecedentes del paciente.

AUTORES: PERIBAÑEZ GARCIA, ROBERTO¹; ESCORIHUELA GIMENO, M¹; TRICAS RANCHAL, C²; MAZA IVERNON, A.C.³

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO MIR¹, CS SAN PABLO EIR², CS SAN PABLO MFYC³



ID: 44

[volver al índice](#)

TITULO: CONFUSION ENTRE ZOMIG Y ZOFRAN

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Acude a urgencias, a las 6:30 una paciente por presentar un cuadro de intensa cefalea de características migrañosas sumado a componente vertiginoso. La enfermera del turno de noche recibe esta información y llama (y despierta) al residente que está ese día de guardia (17 horas), el cual baja a valorar a la paciente. Como está ya cerca del final de la guardia, decide empezar a valorarla en solitario con la idea de despertar al adjunto más cerca de las 8.

Tras la anamnesis y la exploración, decide pautar tratamiento sintomático. Al decidir tratamiento, se fija en el tratamiento recibido la anterior vez en urgencias y decide replicarlo (metoclopramida IV para las náuseas, dogmatil IM para los vértigos... y Zofran para el dolor de cabeza). Tras aplicarlo, la paciente mejora mucho de vértigos y náuseas pero continúa con el dolor de cabeza. El residente, extrañado, añade Urbasón al tratamiento. El adjunto despierta a las 8 y, al revisar el tratamiento pautado, hace notar al residente que la paciente ha recibido 2 antieméticos (metoclopramida y Zofran-ondasetrón) y ningún fármaco antimigrañoso [se ha confundido Zofran (ondasetron) con Zomig (Zolmitriptán)]. Se pautó analgesia. La paciente no sufrió ningún evento adverso posterior.

Análisis realizado: Usando el protocolo de Londres para analizar eventos adversos, hemos localizado varias desviaciones a los cuales se asocian factores contribuyentes:

- Se debería haber comprobado que el principio activo coincidía con el que se pensaba que era, además de pautar el tratamiento en base a guías o libros. A esto contribuyen la carga de trabajo, la inexperiencia, la inaccesibilidad de una figura a la que consultar y la mala distribución de horarios.
- Así mismo, un personal de enfermería descansado y con experiencia en Urgencias podría haber detectado el error y avisar al médico de su mala prescripción. A ello contribuye la asignación de puestos de enfermería, así como la confianza entre profesionales para una buena comunicación.
- Por último, al comprobar que el efecto de la medicación no era el esperado, se debería haber revisado lo ya realizado o consultado con un compañero. Esto se debe a la carga física mental, la mala distribución de horarios y el hecho de que el compañero a consultar estaba durmiendo.

Conclusiones / aprendizaje:

- Concluimos que es importante integrar la revisión los principios activos de los fármacos.
- Además parece recomendable que si no se tiene claro cuál es el siguiente paso a seguir al atender a un paciente, se consulte bibliografía o al adjunto de referencia al respecto.
- Por último, es importante que las condiciones de trabajo en las guardias cambien para que los residentes estén en un estado mental adecuado durante toda la jornada, así como desterrar la noción de que debemos ser autónomos a toda costa y evitar avisar al adjunto de noche para no molestarlo. Además, el personal de enfermería debe estar adecuadamente formado y tener mayor estabilidad laboral.



AUTORES: PERIBAÑEZ GARCIA, ROBERTO¹; TRICAS RANCHAL, C²; ESCORIHUELA GIMENO, M¹; MAZA IVERNON, A.C.³

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO MIR¹, CS SAN PABLO EIR², CS SAN PABLO MFYC³



ID: 45

[volver al índice](#)

TITULO: UN FALSO POSITIVO POR ERROR

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de XX años asintomático que, previamente a realizarse un cateterismo coronario programado que llevaba varios meses esperando, acude a realizarse PCR para detección de coronavirus necesaria. Coincide en el momento de la prueba con otra paciente, trabajadora sanitaria sintomática. Durante la recogida de ambas muestras percibe alguna confusión y muchas prisas, algo inquieto se marcha a esperar el resultado.

Al día siguiente recibe una llamada para comunicarle un resultado de PCR positivo, se le exige aislamiento, se le realiza estudio de contactos, aislando a sus 2 convivientes, realizándoles a ambos PCR, y se recomienda llamar para anular el cateterismo pendiente. El paciente comenta su inquietud frente al resultado, y ante la duda razonable de intercambio de la muestra entre dos pacientes, se programa una nueva determinación de PCR ese mismo día con resultado negativo. Al día siguiente una nueva PCR de nuevo negativa le permitió finalizar el aislamiento realizándose el cateterismo.

Análisis realizado: Utilizamos el método de análisis causa raíz con el método de los cinco porqués para llegar a la causa del problema:

- Problema potencial a investigar: el paciente pudo perder su citación de cateterismo cardiaco.
- ¿Por qué?: Por la necesidad de permanecer en aislamiento domiciliario.
- ¿Por qué?: Por un resultado de PCR positivo en las 48 horas previas.
- ¿Por qué?: Porque su muestra fue etiquetada incorrectamente intercambiándose por la de otra paciente.
- ¿Por qué?: Porque ambas PCR se recogieron y etiquetaron simultáneamente en lugar de hacerlo de una forma consecutiva.
- ¿Por qué?: Por la limitación de las franjas horarias y los recursos humanos destinados a realizar las PDIA.

Identificamos varias barreras a tener en cuenta:

- Físicas: No se dispone de etiquetas para las muestras en la zona contaminada, el etiquetado se realiza posteriormente en la zona limpia donde se imprimen las etiquetas.
- Acción humana: errores en la comprobación del correcto etiquetado de las muestras.
- Recursos: no se dispone de agendas estructuradas para la citación de pruebas PCR ni de suficientes profesionales, realizándose en ocasiones, dos determinaciones simultáneamente.

Conclusiones / aprendizaje: En este análisis vemos únicamente los daños de nuestro caso (aislamiento domiciliario del paciente y sus contactos, 2 determinaciones PCR al paciente y a dos familiares, comunicación del diagnóstico erróneo de infección por coronavirus con el estrés añadido al proponerse la anulación del cateterismo), se produjeron daños también en la paciente con infección por coronavirus que recibió un resultado negativo; aunque el error fue notificado al servicio de obtención de las muestras a la mayor brevedad.

AUTORES: ESCORIHUELA GIMENO, MARIA¹; PERIBAÑEZ GARCIA, R¹; TRICAS RANCHAL, C²; ALONSO GREGORIO, M³; MAZA IVERNON, A. C.⁴

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO MIR¹, CS SAN PABLO EIR², CS SAN PABLO PEDIATRIA³, CS SAN PABLO MFYC⁴



ID: 46

[volver al índice](#)

TITULO: UNA ERRATA EN SU RECETA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Mesa Mejores Casos

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 80 años tras alta hospitalaria de un centro externo al SNS de asistencia concertada, con diagnóstico de fibrilación auricular precisa tratamiento frenador. Necesita incluir el tratamiento en su receta electrónica y los familiares facilitan el informe de alta a su médica de familia. En el informe recomiendan, entre otras modificaciones, medio comprimido de digoxina 0,25 mg en desayuno. Su médica, revisando el informe incluye digoxina 0,25 mg. Pero al introducir la pauta posológica utilizando el sistema informático de ayuda a la prescripción, añade medio comprimido en desayuno, no reparando en que, en el caso de la digoxina, la aplicación atribuye por defecto la dosis de un comprimido en comida, que se suma automáticamente, firma los cambios en la receta y se la facilita a la paciente.

En una consulta por otro motivo, 20 días más tarde, repasando el tratamiento con el familiar de la paciente, confirman que está tomando digoxina, no como se detalla en el informe de alta, sino según lo que consta en la receta electrónica, un comprimido y medio diarios. La médica comprueba que a pesar del error la paciente se encuentra clínicamente estable sin presentar efectos secundarios, se disculpa y rectifica la pauta posológica.

Análisis realizado: Utilizamos el Protocolo Londres para identificar factores contribuyentes al problema de sobredosificación de digoxina sin daño en nuestra paciente:

- Profesional: no se comprobó la pauta posológica correcta previamente a firmar definitivamente la receta.
- Paciente: ni el paciente ni su familiar consultaron ante discordancia de dosis entre el documento de informe de alta y su receta electrónica. El cuidador principal de la paciente es su esposo, que con 80 años presenta también dificultades para el manejo de la medicación.
- Información a los pacientes: no se comprobó la correcta cumplimentación de las modificaciones del tratamiento por parte de los familiares hasta 20 días después.
- Condiciones laborales: sobrecarga de trabajo que, en ocasiones obliga a dejar para el último momento, cuando la concentración es menor, trámites burocráticos sin carácter urgente como ajustes de tratamiento.
- Equipos y dispositivos: pauta prefijada, solamente de algunos medicamentos, del sistema electrónico de ayuda a la prescripción sobre la que el profesional debe prestar atención y realizar modificaciones.
- Contexto de la organización: Ausencia de un sistema de prescripción unificado para los centros sanitarios que facilite la transición del paciente al alta.

Conclusiones / aprendizaje: Con el análisis de este incidente hemos reparado en la importancia de realizar con atención las revisiones del tratamiento en las transiciones de alta hospitalaria y verificar la comprensión del mismo por parte de nuestros pacientes. También la pertinencia de revisar las pautas prefijadas de determinados tratamientos en la aplicación de prescripción, ahora disponemos de información sobre las mismas, sobre qué fármacos se aplican y cuáles son. No existe conflicto de interés.

AUTORES: ESCORIHUELA GIMENO, MARIA¹; TRICAS RANCHAL, C²; PERIBAÑEZ GARCIA, R¹; SAMITIER LERENDEGUI, M³; MAZA IVERNON, A. C.³

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO MIR¹, CS SAN PABLO EIR², CS SAN PABLO MFYC³



ID: 47

[volver al índice](#)

TITULO: PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA SARS-COV-2: VALIDACION DE LOS TESTS RAPIDOS DE ANTIGENOS

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: El test rápido de antígenos (TAR) es una prueba que detecta las proteínas del virus. Permite identificar a las personas que están sufriendo una infección por SARS-CoV-2, especialmente en los cinco primeros días de presentar síntomas.

En este estudio, queremos comprobar la sensibilidad y la especificidad de estas pruebas, comparándolas con el resultado de una PCR posterior, durante el periodo comprendido entre el 25 de enero y el 26 de marzo de 2021.

Material y métodos: Este estudio se ha llevado a cabo en un área básica de salud urbana con una población asignada de unos 30.000 usuarios. La prueba utilizada ha sido 'COVID-19 Ag Rapid Test Device. Abbott'.

Se ha realizado un estudio descriptivo en el cual se ha hecho un recuento semanal de los TAR realizados y de sus resultados y se han comparado con el resultado de la PCR realizada posteriormente.

Resultados: Durante este periodo, se han recogido un total de 220 TAR. De este total de pruebas de antígenos registradas, 216 han sido confirmadas con una PCR negativa posterior. Por el contrario, se ha descartado el resultado negativo de 4 TAR con el resultado de 4 PCR positivas.

En este estudio no se ha podido calcular ni la sensibilidad ni la especificidad porque no se ha realizado una PCR posterior al TAR positivo, dado que ya se confirmaba la enfermedad con una única prueba.

Discusión / conclusiones: Al no poder determinarse ni la sensibilidad ni la especificidad, se ha decidido calcular el valor predictivo negativo, con un resultado del 98,2%, lo que significa que, del total de los TAR registrados, en el 98,2% de los casos, el TAR negativo pertenece a una persona que no tiene la enfermedad.

A tener en cuenta en estudios posteriores, se debería haber realizado una PCR de confirmación posterior tanto en los resultados de los TAR negativos como en los resultados de los TAR positivos.

*No existe conflicto de intereses entre los autores.

AUTORES: VILALTA MAS, ANNA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP MARIA FORTUNY¹



ID: 48

[volver al índice](#)

TITULO: REVISIÓN DEL TRATAMIENTO POR EL FARMACEUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DURANTE LA PANDEMIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Durante la pandemia por COVID-19 se ha llevado a cabo la renovación automática de la prescripción crónica para facilitar la dispensación de los fármacos a los pacientes en un momento de sobrecarga asistencial. Con el objetivo de mejorar la seguridad y optimizar el tratamiento de los pacientes de alto riesgo, los farmacéuticos de atención primaria (FAP) han llevado a cabo un procedimiento de revisión de la medicación en colaboración con los médicos de familia (MF). Se analizan los resultados conseguidos tras su implantación.

Material y métodos: Ámbito: Dirección Asistencial de Atención Primaria con una población de 985.936 habitantes, 39 centros de salud y 6 FAP. Duración: 3 meses (del 15 enero al 15 abril 2021). Se incluyen pacientes de 75 años o más, no institucionalizados, con 18 o más medicamentos prescritos y cuya renovación de tratamiento crónico se ha realizado de forma automática. Mediante un procedimiento diseñado y autorizado, el FAP accede a la historia clínica informatizada, realiza la revisión del tratamiento e identifica posibles problemas relacionados con la medicación (PRM), focalizándose en los que puedan generar problemas seguridad en el paciente. El resultado se registra en la historia clínica y se comunica al MF mediante contacto telefónico para que valore las sugerencias propuestas, realice los cambios oportunos e informe al paciente.

Resultados: Durante el periodo de estudio los FAP revisaron el tratamiento de 638 pacientes, con una edad media de 82,6 años (rango 75-102), 66% mujeres, con una media de 20 medicamentos prescritos (rango 11-38). Se identificaron PRM en el 92% de los pacientes, con un total de 2672 PRM detectados (media 4,6 por paciente). Los tipos de PRM más frecuentes fueron: posología inadecuada (22%), duplicidades (21%), problemas de adherencia (13%), medicamentos sin indicación clara (9%), interacciones medicamento-medicamento (7%), alternativa más adecuada (5%), contraindicaciones (4%) y duración inadecuada (3,5%). Los principios activos y grupos más frecuentemente implicados fueron: paracetamol (dosis inadecuada, duplicidad), omeprazol (dosis, sin indicación), análogos de vitamina D (duplicidades), benzodiazepinas (interacciones, contraindicaciones), opioides (duplicidades, interacciones) y estatinas (dosis, sin indicación). Tras contactar con los MF, se aceptaron el 42% de las recomendaciones propuestas, mientras que un 33% de los PRM aún están pendientes de resolver.

Discusión / conclusiones: Los problemas de seguridad relacionados con la medicación son muy frecuentes en personas mayores y con alta carga de polimedición. La revisión de los tratamientos por los FAP contribuye a detectar estos problemas y constituye una ayuda al MF para adecuar los tratamientos y mejorar la seguridad de los pacientes más vulnerables en una situación de alta presión asistencial como es la pandemia por COVID-19. El procedimiento continúa en activo y sería beneficioso mantenerlo en situación de normalidad.

AUTORES: MARTINEZ SANZ, HENAR¹; SANTAOLALLA GARCIA, I¹; GOMEZ VALBUENA, I¹; SEVILLANO PALMERO, ML¹; MATEO RUIZ, C¹; ALVAREZ DUQUE, J¹

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO FARMACIA AP. DA SURESTE¹



ID: 49

[volver al índice](#)

TITULO: CASO CLINICO: CONFUSION ENTRE FARMACO GENERICO Y COMERCIAL

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 88 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica, IRC grado IV e insuficiencia cardíaca. La familia se pone en contacto con MAP por empeoramiento general con disnea de mínimos esfuerzos. Se valora en domicilio presentando arritmia (de nueva aparición) y edema en EEII de consistencia dura con escasa fóvea (grado II-III) que empeora y empieza a exudar en los siguientes días, presentando flictenas. Se realizan pruebas diagnósticas y se detecta fibrilación auricular. Se solicita interconsulta a cardiología y se inicia tratamiento farmacológico. Se realizan varias visitas por enfermería para repasar adherencia al nuevo tratamiento y realizar curas y seguimiento de su evolución. Buena adherencia al tratamiento con mejoría de los síntomas en los días posteriores. Se realizan visitas de control y se ajusta tratamiento en diferentes ocasiones, el paciente empieza a referir malestar general y mareo a la deambulación con episodios repetidos de presíncope e hipotensión objetivada en visitas sucesivas de enfermería. Se modifica pauta de diurético y se detecta un posible error al haber estado consumiendo Seguril y Furosemida como fármacos diferentes además de Higrotona. Se reduce dosis de Furosemida, se vuelve a repasar la medicación y mejora la clínica de hipotensión.

Análisis realizado: Mediante el diagrama de Ishikawa podemos valorar como factores contribuyentes:

- Factores relacionados con la comunicación: algunas modificaciones de tratamiento se comunicaron por vía telefónica, por lo que pudo haber dificultad en la comprensión de la pauta inicial. Uso de mascarilla en visitas presenciales que dificultan la transmisión del mensaje.
- Factores relacionados con los recursos: No siempre se suministra el fármaco comercial o el genérico al recoger los medicamentos de la receta electrónica, por lo que los pacientes pueden tener en el domicilio dos diferentes presentaciones de un mismo medicamento.
- Factores del paciente: edad avanzada, polifarmacia, situación de gravedad del paciente que dificulta la comprensión del tratamiento.
- Factores relacionados con la formación y el aprendizaje: el paciente desconoce la existencia de varias presentaciones para el mismo diurético

Conclusiones / aprendizaje: La realización de visitas de control donde se compruebe la correcta adherencia al tratamiento son de gran relevancia en casos de modificación del tratamiento por nueva patología, no sólo al inicio sino de forma sucesiva. Además, se deben proporcionar a los pacientes nociones básicas sobre la terminología con la que podemos referirnos a los medicamentos y quizá proponer que se mantenga en la dotación de farmacia la misma presentación del medicamento en cada recogida. Por último, recalcar la relevancia de permanecer en contacto en el inicio del tratamiento y explicar a nuestros pacientes los posibles efectos adversos que pueden aparecer con la toma de los nuevos medicamentos para contribuir a la rápida notificación y solución a los problemas que se puedan presentar.

AUTORES: TRICAS RANCHAL, CARMEN¹; PERIBAÑEZ GARCIA, ROBERTO¹; ESCORIHUELA GIMENO, MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO¹



ID: 50

[volver al índice](#)

TITULO: ESTRATEGIA DE COMUNICACION DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA GARANTIZAR UN USO SEGURO DE LAS VACUNAS FRENTE A LA COVID-19

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La COVID-19, causada por el virus SARS-CoV2, ha provocado más de 2,5 millones de fallecidos en el mundo. Esta situación inició una carrera contrarreloj para conseguir vacunas efectivas frente a él. En diciembre de 2020, un año después de los primeros casos de COVID-19, se autorizó por la Agencia Europea del Medicamento la primera vacuna frente a esta enfermedad (Comirnaty®). En los días posteriores se aprobaron el resto de vacunas que actualmente están disponibles (Moderna®, Vaxzevria® y Janssen®).

Estas vacunas presentan diferencias importantes con respecto a otras de uso más habitual en Atención Primaria (AP) y entre ellas mismas: requisitos de conservación, preparación y administración, lo que favorece el riesgo de errores y es preciso extremar las medidas de seguridad en los puntos de vacunación.

Análisis: El Grupo Técnico COVID-19 de la Gerencia Asistencial de Atención primaria (GAAP), por consenso, planteó medidas para informar a los profesionales sanitarios

Propuestas de mejora, planes de acción: Material informativo dirigido a enfermería: Un enfermero y tres farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) elaboraron documentos informativos muy visuales con los requisitos de conservación, preparación y administración necesarios para asegurar la utilización correcta de las vacunas. La idea con la que se concibieron estos documentos fue para que estuvieran visibles en las salas de vacunación y así minimizar el riesgo de error por los profesionales sanitarios.

Sesiones formativas y resolución de consultas: Los FAPs impartieron webinars sobre las diferentes vacunas dirigidas a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS) y fueron resolviendo las dudas posteriores que llegaron por correo electrónico

Resultados conseguidos: Se elaboraron dos fichas (boletines FarmaAP COVID) con la información de conservación, preparación y administración para cada una de las vacunas disponibles en AP (Comirnaty® y Vaxzevria®). También contienen un código QR que lleva a la ficha técnica de la vacuna. Estos boletines fueron revisados y aprobados por el Grupo Técnico COVID-19 de la GAAP. Son documentos dinámicos que se han actualizado cuando ha habido cambios en los requisitos de utilización de las distintas vacunas (por ejemplo: la autorización de la sexta dosis de Comirnaty® o el intervalo de tiempo de administración de la 2ª dosis de Vaxzevria®). Dichos boletines se difundieron a todos los CS a través de correo y se publicaron en la página web de la intranet donde se encuentra toda la información sobre vacunación COVID.

Se impartieron 11 webinars a 132 CS sobre los mecanismos acción de las vacunas, eficacia, seguridad y datos en mundo real tras vacunación en Israel y Reino Unido. Y se resolvieron 28 consultas sobre vacunas de distintos temas, siendo los más frecuentes, la indicación de las vacunas en determinados perfiles de pacientes (inmunodeprimidos, trasplantados, enfermedades reumáticas, alteraciones de la coagulación, epilepsia), pacientes con antecedentes alérgicos y la extracción de la 6ª dosis en Comirnaty®.



AUTORES: GOMEZ VALBUENA, ISABEL¹; SANTAOLALLA GARCIA, I¹; IZQUIERDO PALOMARES, JM²; AGUADO ARROYO, O³; MAGAN TAPIA, P⁴; JAMART SANCHEZ, L.⁵

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE¹, JEFE DE SECCION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA², CENTRO DE SALUD FRANCIA. FUENLABRADA³, DIRECCION TECNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA⁴, SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCION ASISTENCIAL OESTE⁵



ID: 51

[volver al índice](#)

TITULO: CASO CLINICO: ERROR EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LA VACUNA COVID-19

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Durante la realización de un turno de vacunación Covid-19 de un Centro de Salud, no se localiza el justificante de vacunación de una de las pacientes de la fila y que sí que se encuentra en los listados. Se detecta que se ha entregado este justificante (se les entrega a todos los pacientes antes de entrar al centro) a alguien que se acaba de vacunar en el piso superior. Este justificante, tiene un código QR que se escanea antes de vacunar al paciente para que quede registrado en la Historia Clínica Electrónica. En este caso, queda registrado el lote de la vacuna en la HCE de la paciente que acaba de llegar, cuando se ha vacunado a otra persona. Este error se resuelve de forma sencilla puesto que las dos pacientes coinciden en el mismo momento en el centro, pero podría haber sido un problema si no se llegara a saber a quien se ha vacunado realmente

Análisis realizado: Mediante el diagrama de Ishikawa podemos valorar como factores contribuyentes:

Factores del paciente: inquietud por el procedimiento, ansiedad por el tiempo de espera, edad avanzada.

Factores relacionados con las tareas: tarea repetitiva, coexistencia de varias vacunas, diferentes dosis y lotes en el mismo turno de vacunación, carga de trabajo elevada.

Factores relacionados con agentes y recursos: gran volumen de papeles que se manejan en una mesa pequeña con facilidad de traspapelarse.

Condiciones de trabajo y factores ambientales: espacio limitado en el centro de salud con entrega de documentación en la calle y vacunación en otro piso diferente, escasez de personal para realizar el reparto adecuadamente, muy poco tiempo por paciente para realizar comprobaciones.

Factores relacionados con la comunicación: ambiente ruidoso, interrupciones continuas para preguntar dudas y para solicitar el acceso a urgencias que se localiza en el mismo espacio, dificultad de comunicación entre quien vacuna y quien entrega los documentos por no compartir espacios.

Factores individuales: cansancio por vacunación realizada en prolongación de jornada y situación de pandemia Covid-19.

Conclusiones / aprendizaje: El proceso de vacunación Covid esta siendo un reto para Atención Primaria tanto organizativamente como por aumentar una carga de trabajo que ya era alta desde el inicio de la pandemia.

Muchos equipos de atención primaria, como es este caso, no cuentan con el espacio adecuado para realizar un proceso de vacunación de manera ordenada y segura para los pacientes, ni de forma externa al centro, ni en el propio centro de salud. En este caso, por sus características tanto de localización como de tamaño, se han tenido que reorganizar algunos espacios, siendo aún insuficientes para realizar el proceso adecuadamente, con un acúmulo de pacientes a la entrada del centro y de papeles que pueden llevar a cometer fallos. Esto, sumado al escaso tiempo del que se dispone en cada vacunación por el volumen de pacientes que se manejan, es un factor contribuyente a la aparición de errores de identificación y registro de pacientes.

AUTORES: TRICAS RANCHAL, CARMEN¹; ESCORIHUELA GIMENO, MARIA¹; PERIBAÑEZ GARCIA, ROBERTO¹

CENTRO DE TRABAJO: CS SAN PABLO¹



ID: 52

[volver al índice](#)

TITULO: IDENTIFICACION ERRONEA DE PACIENTE AL REALIZAR PRUEBA PCR

AREA TEMATICA: Otras prácticas seguras: identificación inequívoca, cirugía segura, comunicación efectiva entre profesionales, radiaciones ionizantes...

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Durante la revisión de los resultados de la prueba PCR se detecta que falta un resultado. Al comprobar que los resultados de las demás muestras ya estaban se decide revisar la historia clínica de la muestra pendiente para intentar averiguar que ha sucedido.

Se detecta que la petición se ha hecho con un número de historia hospitalaria provisional, y al buscar el resultado del laboratorio con dicho número se comprueba que corresponde a otra persona.

Se decide contactar con los profesionales implicados y se descubre que ninguno ha verificado los datos, ni la persona que realiza la petición ni quién realiza la toma de muestra. Se avisó a la persona afectada para repetir la prueba, se realiza una notificación de seguridad clínica y se avisa a los técnicos informáticos para que eliminen la petición y resultado de la historia clínica hospitalaria errónea.

Análisis realizado: Cualquier prestación de servicios sanitarios supone un riesgo asistencial derivado de la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes, es por esto que es necesario un abordaje de seguridad de los pacientes y el desarrollo de procesos y sistemas dirigidos a reducir la aparición de errores.

En este caso, se ha producido un suceso adverso derivado de la falta de comunicación entre profesionales y ausencia de trabajo en equipo, así como falta de comprobación de los datos del usuario que puede ser debido a la desmotivación y a la falta de compromiso e implicación de los profesionales sanitarios. También la deshumanización de la atención sanitaria, es decir, una atención no centrada en el paciente.

Conclusiones / aprendizaje: Este caso nos ha demostrado la importancia de la identificación inequívoca del paciente y la comprobación de que corresponden los datos de la petición. Además una atención consciente y orientada al pacientes hubiera evitado tener que repetir la prueba.

La seguridad del paciente engloba calidad asistencial, lo que a su vez implica una atención sin daños evitables. Es por esto que es necesaria la prevención de sucesos adversos, haciendo hincapié en los factores que aumentan la seguridad y disminuyen los errores, como formación continuada de los profesionales, favorecer las prácticas clínicas seguras, reducir puntos críticos o evitar procedimientos innecesario.

También, los cargos superiores deben asegurar la motivación y compromiso de los profesionales, fomentar la comunicación y trabajo en equipo, si se considera oportuno se deben supervisar tareas por personal especializado y con experiencia y, mejorar las barreras para evitar que ocurran efectos adversos, evitar distracciones e interrupciones que pueden entorpecer el desarrollo normal de la asistencia sanitaria (llamadas telefónicas, dejar muestras en la misma consulta que se está atendiendo...).

AUTORES: CABALLERO ESQUIUS, CLARA¹; BARBERÀ HERAS, MIREIA¹

CENTRO DE TRABAJO: ABS REUS V¹



ID: 55

[volver al índice](#)

TITULO: REGISTRO DEL RESULTADO DE PRUEBA PCR SIN INFORME

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: En un centro de atención primaria de ámbito urbano, con una población asignada de 30000 usuarios y una media de carga asistencial de 40 pacientes por día en el circuito COVID-19 del centro, se observó, durante la notificación de los resultados de las pruebas PCR, que se había registrado un resultado, dado por un familiar de forma oral, sin tener el informe de confirmación y que, además, había sido registrado cómo PCR negativa siendo PCR positiva.

Análisis realizado: La ausencia de daño durante la práctica clínica diaria no implica la ausencia de compromiso de los profesionales.

En este caso se ha dado por valido el resultado de una prueba, dado de forma oral por un familiar, sin comprobar el mismo antes de introducir los datos en el sistema. Creemos que ha habido un exceso de confianza, por parte del profesional sanitario, durante el desarrollo de la actividad asistencial y, que la atención sanitaria ha sido deshumanizada, ya que no se ha centrado en el paciente. La falta de comprobación del resultado, también, se puede deber a la ausencia de motivación, implicación y compromiso durante la practica asistencial.

Conclusiones / aprendizaje: La seguridad del paciente es un tema de vital importancia, ya que el impacto de los efectos adversos durante la asistencia sanitaria es evitable en un 43% de los casos. Si bien los efectos adversos más comunes son los que derivan del uso de medicamentos, complicaciones perioperatorias y la infección nosocomial, todas las actuaciones derivadas de la asistencia sanitaria son susceptibles de provocar un efecto adverso. Es por esto que se debe desarrollar un sistema de barrera efectivo que exija una atención continua tanto a nivel profesional cómo institucional.

Una vez más se ha demostrado que la prevención primaria de aquellos factores susceptibles de producir sucesos adversos es la base para evitar un daño derivado de la práctica asistencial. En este sentido, una forma para lograrlo es asegurar la formación continuada en prácticas clínicas seguras de los profesionales implicados en la asistencia. Asegurarse, desde los encargados de la coordinación del centro, de la implicación, motivación y compromiso de los trabajadores.

AUTORES: CABALLERO ESQUIUS, CLARA¹; BARBERÀ HERAS, MIREIA¹

CENTRO DE TRABAJO: ABS REUS V¹



ID: 57

[volver al índice](#)

TITULO: ERROR EN LA VERIFICACION DE DOS HISTORIAS CLINICAS DURANTE LA ASISTENCIA

AREA TEMATICA: Otras prácticas seguras: identificación inequívoca, cirugía segura, comunicación efectiva entre profesionales, radiaciones ionizantes...

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: En un centro de atención primaria de ámbito urbano, con una población asignada de 30.000 usuarios, se fusionaron dos historias clínicas que tenían el mismo nombre de paciente, con diferente CIP. Cuando fuimos a consultar la historia clínica de nuestro paciente de 27 años, encontramos diagnósticos de un paciente de 80 años, de un pueblo cercano al nuestro.

Análisis realizado: En primer lugar, lo más importante es abrir una historia clínica con el CIP correcto. En este caso, se entiende que se abrieron las dos historias clínicas correctamente (una perteneciente a un paciente de 27 años y la otra a un paciente de 80 años). El primer paciente de nuestra ciudad y centro de atención primaria y el segundo de un ambulatorio de un pueblo cercano al nuestro.

A continuación, cuando se procede a citar al paciente para ser visitado se tiene que asegurar el CIP con el que se apunta para ser visitado. El médico o enfermero que lo visita tiene que asegurarse de que la historia clínica que tiene abierta corresponde al paciente que está visitando.

En tercer lugar, el primer médico, enfermero o auxiliar que detecte el error tiene que informar a quien corresponda de que la historia clínica es incorrecta y que hay diagnósticos que no pertenecen a este usuario. Y proceder a la depuración de diagnósticos y cursos clínicos incorrectos.

Cuando fue detectado el error, habían pasado siete años durante los cuales se habían añadido diagnósticos erróneos en la historia clínica del paciente más joven.

Finalmente al entrar en la historia clínica de nuestro paciente porque éste había tenido que acudir a urgencias del hospital de referencia (que también es el mismo del paciente más mayor), se procedió a avisar a los informáticos para eliminar los episodios incorrectos de nuestro paciente.

Conclusiones / aprendizaje: Con este caso nos damos cuenta de la importancia que tenemos todas y cada una de las personas que trabajamos en el sistema sanitario, desde el administrativo que apunta los pacientes para ser visitados o llamados por teléfono, hasta el primer médico, enfermero o auxiliar que escribe en la historia y que muy a menudo, no verifica si es la historia clínica correcta del paciente.

La sobrecarga de trabajo, la fatiga y la desmotivación de los profesionales, entre otros factores, puede llevar a situaciones como la que hemos vivido en nuestro centro de atención primaria y que podría haberse evitado perfectamente.

La atención primaria es uno de los ámbitos clave para reducir la frecuencia de los incidentes adversos evitables y poder garantizar la seguridad del paciente.

AUTORES: BARBERÀ HERAS, MIREIA¹; CABALLERO ESQUIUS, CLARA¹

CENTRO DE TRABAJO: ABS REUS V¹



ID: 58

[volver al índice](#)

TITULO: INTERACCION TRIPLE WHAMMY: ¿QUE PODEMOS HACER?

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La interacción conocida como “triple whammy” (TW) consiste en la aparición de insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a la administración simultánea de diuréticos, antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Un estudio publicado en 2013 mostró que la TW se asoció a un incremento global del 31% en el riesgo de IRA que aumenta hasta el 82% en los primeros 30 días. Se considera que los riesgos de la utilización del AINE en la mayoría de estos pacientes superan a los beneficios.

Análisis: Se utilizó la base de datos de facturación de receta electrónica para obtener el listado de pacientes con derecho a prestación farmacéutica que estaban en tratamiento simultáneo con esta triple asociación: AINE, diurético e inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de angiotensina II (ARA II). En agosto de 2018, 2040 pacientes llevaban prescrita esta triple asociación, con una edad media de 70,7 (11,5) años, y el 61,6% eran mujeres.

Se consideraron pacientes expuestos a la interacción aquellos a los que se les dispensó en el mismo bimestre al menos un principio activo de cada uno de los grupos farmacológicos citados.

Propuestas de mejora, planes de acción: Se creó un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos, médicos de atención primaria y nefrólogos, que trabajó en el diseño de una estrategia para reducir el número de pacientes expuestos a la interacción TW.

Se utilizó una herramienta diseñada para mejorar la seguridad farmacoterapéutica, que permitía enviar a los médicos una propuesta de suspensión del AINE en aquellos pacientes que cumplían los criterios. La propuesta se realizaba sobre la línea de prescripción del AINE, iba acompañada de un mensaje informativo y quedaba registrada en la historia clínica. Cuando el médico revisaba la propuesta podía elegir entre aceptarla, rechazarla o posponerla.

Las propuestas de suspensión del AINE se enviaron en agosto de 2018.

Además, se instauró una alerta que advertía de la interacción en el momento de la prescripción.

La estrategia fue presentada a todos los equipos de Atención Primaria de la Comunidad mediante sesiones informativas.

Para evaluar el efecto de la intervención, se analizaron los datos de todos los bimestres desde enero de 2017 hasta diciembre de 2020. Se comparó la media de pacientes expuestos a la interacción TW antes y después de la intervención mediante una prueba T de muestras independientes.

Resultados conseguidos: Antes de la intervención la media bimensual de pacientes expuestos a la interacción fue de 2222 pacientes y después de la intervención de 1791 pacientes con una diferencia de medias de -431 (-554 a -308).

AUTORES: ECHEVERRIA GORRITI, AMAYA¹; FERNANDEZ GONZALEZ, JULEN¹; ALZUETA ISTURIZ, NATALIA¹; GARCIA GONZALEZ, PATRICIA¹; GOÑI ZAMARBIDE, OIHANE¹; CELAYA LECEA, CONCEPCION¹

CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCION DE FARMACIA Y PRESTACIONES¹



ID: 59

[volver al índice](#)

TITULO: ELABORACION-ANALISIS DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CRONICOS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los medicamentos de alto riesgo (MARC) son un objetivo prioritario de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente. El paciente con patologías crónicas recibe múltiples medicamentos y es especialmente vulnerable a los errores de medicación, por lo que las estrategias de reorientación de los sistemas sanitarios hacia la cronicidad podrían beneficiarse de la disponibilidad de una lista de recomendaciones del manejo de medicamentos de alto riesgo específica para pacientes crónicos.

Análisis: Las organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente insisten en implantar prácticas seguras para mejorar el manejo de los MARC. Dentro de las prácticas recomendadas se encuentra la puesta en marcha de un plan de seguridad local para el seguimiento de estos medicamentos.

Propuestas de mejora, planes de acción: Desde el servicio farmacia de atención primaria se impulsó la elaboración de un protocolo para mejorar la seguridad en la prescripción de los MARC en los pacientes con patologías crónicas en un área de influencia de 260.000 habitantes y se evaluaron los resultados obtenidos. Este protocolo constaba de cuatro estrategias de actuación, cada una de ellas con un indicador para medir el resultado:

- 1.- Elaboración de recomendaciones de prescripción e infografías de seguridad de prescripción de MARC. El indicador elaborado fue: Número de protocolos elaborados y/o revisados relacionados con los MARC.
- 2.- Revisión de prescripciones masivas electrónicas: Detectar errores de prescripción que generan un elevado número de recetas a través de los listados recibidos semanalmente de los sistemas electrónicos autonómicos.
3. Revisión de la incidencia de los MARC en pacientes polimedcados: detectar las incidencias de seguridad de prescripción en base al documento autonómico vigente.
- 4.- Validación sanitaria de los MARC: la validación sanitaria o visado de inspección de los MARC se realiza diariamente por un farmacéutico para comprobar que la prescripción de estos medicamentos se adecuan a las condiciones establecidas por el Ministerio De Sanidad y Consumo.

El indicador creado para medir las prescripciones masivas, las de incidencia y las de validación sanitaria (puntos 2,3 y 4) de los MARC fue: número de prescripciones revisadas, número de intervenciones realizadas a los médicos y grado de aceptación. La unidad de medida se estableció en un valor numérico y porcentaje.

Resultados conseguidos: Durante el año 2020 se elaboraron 10 infografías (3 de anticoagulantes orales, 2 antiinflamatorios no esteroideos, 2 antipsicóticos, 1 benzodiazepinas y 2 opioides) y 3 recomendaciones (1 antiagregantes, 1 ansiolíticos y 1 antiepilépticos)

De las 55 prescripciones masivas revisadas, se intervinieron en 7(12,73%) y se aceptaron 5(71,43%)

De las 411 incidencias de seguridad de prescripción revisadas, se intervino en todas (411;100%) y se aceptaron 366(89,05%)

Se revisaron 14458 validaciones sanitarias, y se intervinieron en 252 (1,74%) aceptándose el 100%



AUTORES: TOMAS SANZ, ROSA¹; MADRIDEJOS MORA, ROSA¹; GARRETA FONTELLES, GEMMA¹; GALLARDO BORGE, SARA²

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO ATENCION PRIMARIA SANT CUGAT DEL VALLES. MUTUATERRASSA¹, ATENCION PRIMARIA BARCELONA CIUDAD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT²



ID: 60

[volver al índice](#)

TITULO: LO QUE NO PODEMOS OLVIDAR

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Presentamos los casos de dos mujeres en tratamiento con Hormona Tiroidea, que acuden a control rutinario de sus procesos.

Mercedes, 65 años, Hipotiroidismo Subclínico. Tto Levotiroxina 65mg/día.

Laura, 44 años, Enfermedad de Graves-Basedow, tratada con I131. Tto Levotiroxina 137,5mg/día.

Realizadas sendas determinaciones de control, en ambas se planteaba la necesidad de revisar la Dosis Diaria de hormona ante el cambio respecto a cifras previas. Ambas discrepaban de que fuese necesario un cambio cuando no había clínica de empeoramiento y sus dosis les parecían adecuadas, se encontraban estables...

Conocida la posibilidad de cometer errores tanto en la prescripción como en la toma de medicamentos (ver análisis) cuestionamos varios aspectos y finalmente... ¿Algún medicamento más? Ambas comentaron tomar vitaminas para la caída de cabello y cuidado ungueal, pero haciendo constar que eran productos naturales. No los consideraban medicamentos como tales.

Se les indicó revisar su composición o aportarlas al CS...y en ambos casos se detectó BIOTINA. Tras mínimo 7 días de retirada de ese principio activo, las cifras variaron sin precisar modificar dosis previas, como las pacientes demandaban.

Es conocida y documentada la interacción de esta vitamina (B7) con las determinaciones analíticas de algunos parámetros, que conviene tener en cuenta cuando se demandan, e incluyen la Hormona Tiroidea.

Como los pacientes valoran el uso de esos preparados como naturales, de venta sin receta y exentos de riesgo, no los incluyen en su consideración de fármacos ni los comentan, ni preguntamos por su existencia.

Análisis realizado: Revisamos los criterios de varias organizaciones sobre el Autocuidado en la toma de Fármacos y los posibles errores de Medicación, desde el usuario y desde el prescriptor: OMS, ISMP, OCU.

- <https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/10-consejos-y-momentos-clave-para-tomar-medicamentos-con-seguridad/>

- ISMP. Boletín de Recomendaciones para Prevención Errores de Medicación. 2021, nº 50.

- OCU- <https://www.ocu.org/salud/medicamentos/noticias/encuesta-automedicacion> (10 reglas para evitar errores en la toma de medicamentos)

Conclusiones / aprendizaje: Estos casos nos permiten sugerir una recomendación preventiva más:

Al valorar el tratamiento de los pacientes, NO OLVIDAR PREGUNTAR, también, si toma alguno no sujeto a prescripción, para reducir sus riesgos en salud.

AUTORES: ARROYO ANIES, MARIA PILAR¹; SAINZ LIBERAL, IBAI¹; ZOROZA ARROYO, BLANCA²

CENTRO DE TRABAJO: CS HUARTE¹, CS ITURRAMA²



ID: 61

[volver al índice](#)

TITULO: IMPORTANCIA DEL DOBLE CHECK LIST EN LA CAMPAÑA DE VACUNACION COVID-19

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 76 años que acude el 06/04/2021 a vacunación COVID-19 en su centro de salud. Según la “Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España”, actualización 5 vigente del 30/03/2021, el paciente se incluye como grupo etario 5B (personas vulnerables por su edad, no residentes de centros de mayores), de entre 70 y 79 años, por lo que le correspondería la administración de vacuna ARNm. Ese día también se vacunaba al grupo etario 8 (personas de entre 56 y 65 años), con indicación de vacuna de vector viral. El paciente acude con antelación a la hora indicada, accede a la consulta de vacunación y se vacuna con el grupo no correspondiente a su edad, advirtiéndose el error al realizar el registro posteriormente a la administración de la vacuna.

Análisis realizado: Mediante el diagrama de Ishikawa causa/efecto:

Equipo: no se etiquetaron las jeringas preparadas.

Método: no se registra la dosis antes de la administración lo que hubiese alertado del error al seleccionar el tipo de vacuna según edad; no se realiza doble check previo de edad, ni durante el registro ni en la administración; no se comprueba el volumen a administrar (0,3ml ARNm frente a 0,5 ml vector vírico).

Persona: no se comprueba el grupo de población.

Infraestructura y recursos materiales: no existe espacio físico separado por tipo de vacuna ni carteles informativos; coexisten diferentes dosis de vacuna en el mismo sitio de trabajo.

Medio ambiente: sobrecarga de pacientes en campañas masivas; coexisten al mismo tiempo grupos poblacionales con diferente indicación vacunal.

Conclusiones / aprendizaje: La vacuna del COVID-19 supone una esperanza para dar fin a la pandemia que vivimos desde marzo de 2020. Se pretende inmunizar a la mayor parte de la población en el menor tiempo posible para alcanzar la inmunidad de grupo. Se han diseñado campañas de vacunación masivas por grupos poblacionales y con un ajuste escrupuloso del número de dosis a administrar, por las características tan especiales de transporte, manejo, conservación y estabilidad de estas vacunas. Además coexisten diferentes tipos de vacuna (ARNm y vector vírico), laboratorios comerciales, dosificaciones y pautas de administración. En este entorno tan complicado, se requiere una organización que garantice la seguridad del paciente y asegure un lugar de trabajo que evite errores. El personal participante en dichas campañas debe conocer el protocolo y realizar sesión previa al inicio del acto vacunal. Se debe contar con accesos diferenciados y debidamente señalizados para cada grupo, con salas independientes para la preparación y administración de cada tipo de vacuna. Cada puesto de trabajo debe contar con infografías acerca de la preparación y manejo de la vacuna correspondiente. Es primordial la anamnesis (identidad, alergias, clínica compatible con COVID-19...) y una doble comprobación del paciente, grupo e indicación, tanto en el registro como en la administración. El trabajo en un entorno seguro garantiza una buena praxis y el éxito de la campaña.

AUTORES: DIEZ FLECHA, CRISTINA¹; RIVERO RODRIGUEZ, ANA M^a¹; MAJO GARCIA, RAUL¹; MARTINEZ TAHOCES, SHEILA¹; LOPEZ FERNANDEZ, EVA¹; GALVAN GRANDE, EVA¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE LEON-SACYL¹



ID: 64

[volver al índice](#)

TITULO: REVISIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES DE EDAD MAYOR O IGUAL A 75 AÑOS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Promover la revisión de medicamentos inapropiados en geriatría entre los que se encuentran determinados Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) y valorar beneficio/riesgo de continuar el tratamiento en esta población más vulnerable.

Se conocen los riesgos gastrointestinales aumentados y de úlcera péptica del uso de los AINES. Si además se usan de forma concomitante con corticoides, anticoagulantes o antiagregantes este riesgo aumenta así como en función de la dosis y duración del tratamiento.

Están contraindicados en enfermedad cardiovascular grave: Insuficiencia cardíaca NYHA II-IV, HTA no controlada, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y/o enfermedad cerebrovascular.

Se aconseja evitar su uso en insuficiencia renal (FG menor 30ml/min) y en tratamientos prolongados cuando el FG menor 60ml/min

El uso de AINES se debe restringir cuando hay una indicación clara utilizando la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.

Material y métodos: Se realiza una intervención en un centro de Atención Primaria urbano. Para llevar a cabo la revisión se realizan las siguientes acciones:

- Sesión clínica, dirigida a los profesionales sanitarios, impartida por la farmacéutica de Atención Primaria del Hospital de referencia sobre medicación potencialmente inapropiada en pacientes mayores de 75 años en base a criterios de Beers, Priscus, EU-PIM y alerta de la AEMPs.

-Correo electrónico personalizado a cada profesional sanitario con listado de los pacientes a revisar con prescripción vigente de un AINE desaconsejado en geriatría. Junto con información complementaria sobre los AINE alternativos más seguros y sus dosis recomendadas y sobre los riesgos del uso de esta mediación en este grupo de edad.

Se analizan las prescripciones farmacológicas de los pacientes dos meses y medio después de la intervención.

Resultados: Tras la intervención se observa una reducción en la prescripción de AINES desaconsejados en geriatría. De un total de 91 pacientes se reduce su uso a 48 pacientes. En 24 pacientes se realiza un cambio por otro AINE más seguro en esta población y en 19 pacientes se retira.

Discusión / conclusiones: Promover la revisión de AINES en pacientes ancianos reduce prescripciones inapropiadas y ayuda a reducir efectos adversos.

Fomentar el uso racional, seguro y eficiente de los medicamentos es un beneficio para el paciente.

AUTORES: BARBA AVILA, OLGA¹; ROVIRA ILLAMOLA, MARINA²; CLOS SOLDEVILA, JOAN¹; SANS CORRALES, MIREIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP COMTE BORRELL-CAPSBE¹, FARMACIA HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL DE BARCELONA DE BARCELONA²



ID: 66

[volver al índice](#)

TITULO: ERROR DE IDENTIDAD

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 54 años que acudió a Urgencias del CAP por lumbalgia D irradiada a HCD D e ingle D, de características cólicas, acompañado de náuseas y vómitos.

EF: Abd: dolor a la palpación de fosa renal D, resto normal. Tira de orina: sangre + OD: cólico nefrítico y se le pautó diclofenaco 50mg/8h x 7d.

La paciente se fue con la receta electrónica a la farmacia y le dieron la medicación .

Al cabo de un par de días empezó con cuadro de malestar general, sensación de inestabilidad y mareo, poliartalgias, tos y fiebre de hasta 38º autolimitada, por lo cual, acudió de nuevo a nuestro CAP.

EF: 1ª toma 116/102; 2ª toma 114/85. Fc 68. AC: rítmica sin soplos. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. NRL: Sin focalidad. ECG: RS a 65x', T picudas.

Análisis realizado: El médico que la atendió en ese momento le hizo una buena anamnesis y comprobó que se estuviera tomando la medicación correctamente.

La paciente le explicó que tomaba 3 fármacos: diclofenaco/8h, carvedilol/8h y donepezilo/24h ('lo que me dieron en la farmacia, doctor'). Se contactó con el Instituto de toxicología que recomendó ECG por posibles bradiarritmias, monitorización con iones y forzar diuresis.

Se Contactó con el CUAP para derivarla allá y hacerle las pruebas y tratamientos específicos.

CUAP: RX Tórax: no condensaciones, no cardiomegalia, senos costofrénicos libres, marco óseo conservado. Analítica de sangre: Sin alteraciones agudas Diuresis forzada.

Se le mandó a casa con indicaciones: abundante ingesta hídrica y control por su MF. Pautas de alarma y de reconsulta.

3 días más tarde, acudió a su MF para control: Se encontraba mucho mejor, asintomática. PA: 123/84mmHg.

Se le hizo otro control en una semana y continuaba igual de bien. Así que se le dio el alta.

Conclusiones / aprendizaje: Qué pasó entonces? Por qué tomó carvedilol y donepezilo además del diclofenaco?

Su médica de familia, investigó lo que supuestamente pudo pasar: resulta que la paciente que iba después en la lista del médico de urgencias del CAP, era una paciente de 80 años, con Dx de Alzheimer i HTA, tratada con donepezilo y carvedilol. Por error, el médico entró a la receta electrónica de dicha paciente y le añadió el diclofenaco sin apenas darse cuenta que en realidad esa receta no pertenecía a la paciente que estaba visitando. Le imprimió la receta de la señora de 80 años y se la dio a la paciente.

Encontramos varios errores:

1) No comprobar el nombre de la paciente cuando se hizo y se dio la receta.



2) La paciente tampoco lo comprobó y se fío de lo que le dio la farmacéutica (tampoco se fijó que el médico le había recetado 1 fármaco y no 3).

3) La farmacéutica tampoco comprueba el nombre, ni siquiera pide la tarjeta sanitaria ni el DNI.

Por tanto, se trató de un efecto adverso evitable y grave. En este caso se pudo controlar el caso y no hubo demasiada afectación para la paciente, por suerte.

Es crucial comprobar siempre los datos del paciente y revisar la medicación que tomaba y nueva, tanto el propio paciente, el médico como el farmacéutico.

AUTORES: MARTÍ I OLTRA, ZULEMA¹; DE OLANO BIADA, INES¹; USERO MARTINEZ, M^aANGELES¹; VIVO TRISTANTE, PERE¹; TORRELL VALLESPIN, GEMMA²; ESTELLA SANCHEZ, LAURA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP MONTCADA CENTRE¹, CAP LES INDIANES²



ID: 67

[volver al índice](#)

TITULO: QUE NO HACER EN ULCERAS CRONICAS

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos:

- Promover el manejo adecuado de heridas crónicas
- Evitar prácticas inseguras para mejorar la calidad de vida y seguridad del paciente

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las principales bases de datos científicos como Pubmed, Scielo, Cuiden y Google academics

Como criterios de inclusión se han descartado aquellos artículos con una antigüedad mayor de 5 años.

Palabras clave: ulcera crónicas, apósitos, cuidados.

Resultados: Fuerza de recomendación alta:

- NO implantar tratamiento tópico sin realizar un diagnóstico de la herida.
- NO utilizar instrumentos no validados.
- NO utilizar cojines redondos como apoyo para liberar la presión.
- NO realizar masajes sobre prominencias óseas.
- NO elevar el cabecero a más de 30° con el paciente de decúbito lateral.
- NO aplicar sobre la piel productos que contengan alcohol.
- NO utilizar colchón estándar en pacientes con riesgo de úlceras por presión.
- NO arrastrar al paciente para recolocarlo o para trasladarlo de una superficie a otra.
- NO variar punto de apoyo de sondas o dispositivos de drenaje..
- NO utilizar vendas de crepe como sistema de compresión ni vendas circular en pacientes con úlceras de etiología venosa.
- NO recomendar el uso de agentes químicos callicidas.
- NO utilizar agua fría ni helada tras una quemadura.
- NO utilizar apósitos con alta adherencia en úlceras neoplasias.
- NO realizar desbridamiento cortante en úlceras.
- NO utilizar desbridamiento cortante si no está entrenado en ello y si no dispone de pauta analgésica adecuada.
- NO humedecer apósitos de hidrofibra o alginato antes de su utilización.



- NO frotar el lecho de una herida limpia para producir sangrado y así estimular la cicatrización.
- NO utilizar en heridas productos alimentarios que no estén certificados como productos sanitarios.

Fuerza de recomendación moderada:

- NO retirar pomos barrera o restos de óxido de Zinc con agua, usar en cambio una solución oleosa.
- NO usar la técnica del doble pañal en pacientes inmobilizados.
- NO usar cura en ambiente húmedo en úlceras de etiología isquémica hasta que no estén revascularizadas.
- NO cambiar apósito quirúrgico antes de las 48 horas post-intervención ya que puede aumentarse el riesgo de infección.
- NO desbridar úlceras necróticas en talones si no tiene signos o síntomas de infección, edema, fluctuación, eritema o drenaje.

Fuerza de recomendación baja:

- NO utilizar suplementos dietéticos sin un diagnóstico nutricional.
- NO utilizar jabones para la limpieza de las heridas de forma rutinaria.
- NO mantener ampolla o flictena íntegra.

Discusión / conclusiones: En la práctica clínica es importante abandonar formas de hacer tradicionales que se han sostenido por el tiempo ya sea por desconocimiento o por miedo a lo nuevo e implementar nuevas prácticas basadas en la evidencia disponible para poder ofrecer una atención de calidad siguiendo el principio de no maleficencia.

AUTORES: GONZALEZ AYALA, ANDREA¹; ECHAVE SEDANO, SILVIA¹; ANGULO HERNANDO, SOFIA²; GOMEZ COBO, NATALIA²; FERNANDEZ MORENO, ALMUDENA²; PEREZ ALFARO, MARTA²

CENTRO DE TRABAJO: C.S JOSE LUIS SANTAMARIA¹, C.S COMUNEROS²



ID: 68

[volver al índice](#)

TITULO: CASI INCIDENTE QUE INVITA A LA REFLEXION

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 53 años que acude a la consulta de urgencias de Centro de Salud(CS) por dolor en muñeca derechas tras caída 5 días atrás mientras se encontraba en su país de origen y donde fue atendida inicialmente. A la exploración, presenta dolor a la palpación de la muñeca con discreta inflamación. Se pauta antiinflamatorio, movilización con muñequera y se solicita radiografía con cita para valoración presencial por su médico referente. Desde hace algunos días se han abierto citas presenciales después de las restricciones y reorganización de los CS por la pandemia.

El día en cuestión el residente de primer año está pasando consulta con su tutor revisando resultados de exploraciones complementarias. El tutor aconseja revisar primero a imagen y después el informe. La imagen aparentemente normal, con una dudosa imagen en epífisis distal de radio. En el informe de radiología se lee: sin alteraciones significativas.

La paciente acude a la consulta, no presenta dolor con la inmovilización, pero presenta dolor selectivo a la palpación que coincide con la alteración radiológica. Bajo la sospecha de fractura no desplazada se consulta con traumatología, se repiten las radiografías y se confirma el diagnóstico.

Análisis realizado: Qué barreras han funcionado:

- Organizativas: tiempo para la atención; visita presencial en la que se ha podido explorar a la paciente
- Sistemática: revisión de las imágenes radiológicas

Conclusiones / aprendizaje: Si bien el caso no parece muy relevante invita a la reflexión. Hemos estado meses limitando las visitas presenciales, reorganizando los CS, atendiendo listas interminables de atención telefónica y perdiendo el seguimiento longitudinal de los pacientes. Probablemente este caso un tiempo atrás se hubiera convertido en una llamada telefónica informando que la radiografía era normal. Es importante hacer un esfuerzo, aunque las circunstancias sean adversas, en mantener la sistemática de revisión de las exploraciones complementarias y la exploración del paciente.

AUTORES: CALVET JUNOY, SILVIA¹; BALLART TERRAL, CLARA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LA MINA¹



ID: 69

[volver al índice](#)

TITULO: ¿LA CULPA FUE DEL CITOCROMO?

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 44 años con antecedentes de retraso mental leve, trastorno de la personalidad obsesivo, un ingreso por un episodio delirante, esclerosis múltiple y enfermedad de Crohn, en tratamiento psicofarmacológico con aripiprazol, clomipramina y alprazolam. Es atendida en su Centro de Salud por adenopatía laterocervical y derivada para estudio a consulta de Infecciosas donde es diagnosticada de tuberculosis ganglionar y se pauta tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Seis días después, la paciente consulta de nuevo a su médico de Atención Primaria por alteraciones conductuales consistentes en ideas megalomaniacas y heteroagresividad que han aparecido tras iniciar tratamiento para la tuberculosis. Es derivada a su hospital de referencia e ingresada por brote psicótico. Durante el ingreso se buscan posibles desencadenantes hallándose una interacción moderada entre aripiprazol y rifampicina. La administración conjunta induce la actividad del CYP450 3A4 disminuyendo la concentración plasmática de aripiprazol y de sus metabolitos activos por lo que se recomienda ajustar la dosis.

Análisis realizado: Se utiliza el protocolo de Londres para analizar el caso. Como factores contribuyentes destacan:

- Paciente con patologías complejas en seguimiento por varios especialistas. Además presenta retraso mental y trastorno de la personalidad que dificultan el autocuidado.
- Recursos humanos: sobrecarga de trabajo y falta de tiempo de los profesionales, lo que impide una valoración integral de la paciente. Ausencia de farmacéuticos o farmacólogos clínicos que revisen los tratamientos, así como de personal de enlace entre hospital y centro de salud.
- Trabajo en equipo: no hay comunicación entre los diferentes médicos que tratan a la paciente ni entre los médicos de la misma especialidad que atienden en urgencias.
- Recursos técnicos: falta de protocolos de manejo interdisciplinar de pacientes polimedicados. Las aplicaciones y programas de búsqueda de interacciones no están integrados en las plataformas de prescripción lo que obliga al profesional a buscarlos en aplicaciones externas.

Conclusiones / aprendizaje: Es fundamental optimizar la comunicación directa entre los diversos profesionales que tratan a un paciente para realizar un abordaje integral. Hay desarrolladas múltiples páginas web y aplicaciones para buscar interacciones entre medicamentos, pero no están integradas en los sistemas de prescripción del SNS. A su vez sería muy útil la elaboración de protocolos para que estos pacientes tuvieran un seguimiento más estrecho de sus tratamientos por farmacéuticos y médicos de atención primaria

AUTORES: JIMENEZ MARTINEZ, CARLOS¹; MARTINEZ ALFONSO, JULIA¹; GUERRERO DE LA RIVA, PAULA¹

CENTRO DE TRABAJO: CS DAROCA¹



ID: 70

[volver al índice](#)

TITULO: ANALISIS CAUSA RAIZ EN ATENCION PRIMARIA. ALTA DE PACIENTE SIN ACCESO A MEDICACION

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: El caso trata de una notificación de Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) realizada en atención primaria sobre un paciente de 47 años dado de alta tras un ingreso prolongado por epilepsia refractaria, que precisó reingreso hospitalario a los dos días tras no recibir toda la medicación pautada por un difícil acceso a la misma. El diagnóstico es epilepsia mioclónica de origen genético. Presentaba crisis desde los 18 años, con resultado de múltiples ingresos en UCI y residía en una residencia sociosanitaria. Tras un ingreso prolongado en el hospital de referencia, donde se le ajusta la medicación y se emiten las correspondientes recetas, es alta el 13 julio de 2020. Reingresa en menos de 48 horas por recaída. Su residencia comunica que no se le han dado las dosis de la noche y de la mañana de Brivaracetam e Idivenona por no encontrarlo en la farmacia de la calle y en la del hospital comarcal.

Análisis realizado: Se realizó un análisis causa raíz (ACR), el primero que realizamos en atención primaria, para objetivar los factores condicionantes que han facilitado su aparición y así poder establecer los cambios oportunos a través de un plan de acción.

Se formó un grupo con miembros de la dirección, el notificador, los representantes de los servicios implicados y los gestores de SiNASP.

Se recogió la información relevante para la comprensión. Se identificaron las causas subyacentes, apreciando:

- Falta de conocimiento del circuito de solicitud urgente de las faltas de medicación en los centros sociosanitarios y la dificultad para conseguir algunos medicamentos.
- Actitud alerta al conciliar la medicación en el alta hospitalaria.
- Necesidad de un responsable específico de la medicación donde resida el paciente.
- Poca agilidad de comunicación entre residencia y hospital.
- Presencia de una patología crónica de manejo difícil para los cuidadores en un enfermo dependiente.

Conclusiones / aprendizaje: Se realiza un plan de acción:

A_ Identificación de pacientes ingresados con patologías y tratamientos complejos.

B_ Informar y comunicar a los Trabajadores sociales del hospital las situaciones de vulnerabilidad para que estudien el caso.

C_ Asignar un Centro sociosanitario adecuado para el manejo de este tipo de pacientes.

D_ Recomendar a estos centros, que asignen un responsable para la comprobación y buen control farmacológico del paciente que en caso de incidencias comunicará con el farmacéutico de guardia del hospital.

E_ Comunicar al Servicio de Farmacia Hospitalaria los pacientes al alta para valorar si precisan el envío medicación, al menos para 24-48 horas.



Se concluye, que la necesidad de una buena coordinación entre el equipo sanitario, interno y externo al hospital es importante, entorno a la seguridad y los cuidados básicos del paciente dentro y fuera del hospital.

AUTORES: LEMA RODRIGUEZ, SHEILA¹; MARTINEZ ALVAREZ, JOAQUIN²; ROCA BERGANTIÑOS, MARIA OLGA³

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO SALUD RABADE (RESIDENTE 1º MFYC)¹, MEDICO DE FAMILIA CENTRO DE SALUD RABADE. GESTOR SINAPS ATENCION PRIMARIA AREA SANITARIA LUGO, A MARIÑA, MONFORTE.², SUPERVISORA DE AREA DE CALIDAD. GESTORA SINAPS DEL AREA DE LUGO, A MARIÑA, MONFORTE.³



ID: 71

[volver al índice](#)

TITULO: SEGURIDAD EN EL CONSULTA TELEFONICA DE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La pandemia por SARS CoV-2 ha cambiado la organización de la Atención Primaria, disminuyendo de manera importante las consultas presenciales a favor de las consultas telefónicas, como estrategia para reducir el riesgo de contagio de los pacientes y del personal sanitario. Este cambio que se ha implementado en poco tiempo ha afectado a la comunicación que se establece entre el personal sanitario y el paciente, debido a la pérdida de la información no verbal, la imposibilidad de exploración física del paciente y los diferentes problemas en la comunicación. Todas estas razones justifican la búsqueda de estrategias para avanzar hacia una atención telefónica más segura y protocolizada, así como la evaluación de sus resultados sobre la salud de los pacientes.

Objetivo/s a conseguir: Protocolizar la asistencia sanitaria telefónica de Atención Primaria con criterios de seguridad y calidad para el paciente.

Metodología a aplicar: Selección de publicaciones científicas y protocolos obtenidos mediante revisión bibliográfica en las bases de datos Dialnet, PubMed y Latindex. Los Descriptores en Ciencias de la Salud fueron: comunicación, consulta remota y COVID-19. Como criterios de inclusión se eligieron artículos publicados entre 2016 y 2021 en lengua castellana o inglesa y gratuitos a texto completo. Fueron seleccionadas 10 publicaciones para su lectura y posterior elaboración de un protocolo de atención telefónica en la consulta de Atención Primaria con unas directrices específicas que garantizaran unos requisitos mínimos de seguridad para el paciente.

Resultados esperables: El protocolo de atención telefónica en la consulta de Atención Primaria se elabora para desarrollar de una manera sistemática y estructurada este tipo de consulta no presencial. Se plantea como requisito previo al inicio a la llamada la elección de un espacio físico que posibilite minimizar las interrupciones para llevar a cabo la consulta y acceder a la historia clínica del paciente. Una vez establecida la comunicación, se verificará la identidad del paciente o persona cuidadora para proceder a nuestra presentación. Además se deberá confirmar la disponibilidad del paciente para hablar en ese momento, si el sonido es el correcto y si dispone de papel y bolígrafo para tomar anotaciones. Posteriormente se permitirá que el paciente desarrolle el motivo de consulta para perfilar adecuadamente la demanda y poder desarrollar el plan de acción, el cual es crucial que constatemos que ha comprendido correctamente, además de registrar por escrito en su historia clínica. Un adecuado seguimiento de estos ítems puede repercutir en una atención telefónica más segura para el paciente, así como más eficiente y ágil.

AUTORES: GUTIERREZ MANZANEDO, ROSA ANA¹; CORRAL PUENTE, SANDRA¹

CENTRO DE TRABAJO: C. S. LOS CUBOS¹



ID: 72

[volver al índice](#)

TITULO: SINERGIAPS: UNA INTERVENCIÓN BASADA EN FEEDBACK DE PACIENTES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención dirigida a mejorar la cultura de seguridad del paciente (SP) en los centros de salud (CS) de Atención Primaria a través de SinergiAPS, una herramienta diseñada para recoger información de SP de los pacientes y ofrecerla a los CS.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado y controlado de un año de seguimiento en el que participan 59 CS de tres áreas de salud de España. En cada CS se invitó a participar a todos los profesionales. Los CS fueron aleatorizados al grupo control o intervención. El grupo intervención recibió información sobre las percepciones y experiencias de SP de sus pacientes durante el último año (clima de seguridad, activación del paciente, eventos adversos y daño), recogida a través de la versión española del cuestionario validado PREOS-PC. A continuación se les instruyó para diseñar e implementar acciones de mejora de la SP en base a esa información durante los siguientes 12 meses. La intervención se implementó a través de SinergiAPS, una herramienta electrónica que permite recoger digitalmente las respuestas de los pacientes al cuestionario PREOS-PC y elaborar un informe con esa información para ponerla a disposición de los CS. El informe consta de:

- Resultados: respuestas de los pacientes del CS al PREOS-PC comparadas con los resultados globales de todos los CS participantes. Consta de un resumen inicial, resultados generales y detallados, con información pormenorizada sobre los ítems que conforman el cuestionario. Permite identificar las posibles áreas de mejora del CS.
- Documento de recomendaciones, buenas prácticas y materiales de apoyo y educativos para la mejora de la SP del CS. Material que se ofrece como guía para diseñar planes de acción para solucionar los posibles problemas de SP identificados por los pacientes.
- Diseño de Planes de Acción: plantilla para que los CS pueda planificar, registrar y seguir la evolución de los planes de acción.

La medida de resultado principal es la diferencia en la cultura de SP antes y después de la intervención, medida a través de la versión española del MOSPSC. Como medidas de resultado secundarias se utilizaron las puntuaciones de las diferentes escalas del cuestionario PREOS-PC y la tasa de hospitalizaciones evitables.

Resultados: Aproximadamente la mitad de los profesionales invitados accedieron a participar en el estudio (53,4%; 1053 de 1971), con una participación promedio de 17,8 (SD:9,1) profesionales por CS. Un 81% fueron mujeres, con una edad media de 48,8 (SD:10) años, siendo principalmente médicos (32,9%) y enfermeras/matronas (32,2%). A nivel basal, la puntuación global media de cultura de SP fue de 3,605/5 puntos (SD:0,443).

Los 12 meses de intervención finalizaron en enero 2021. La recogida de datos post-intervención está actualmente en curso. Los resultados del ensayo clínico serán presentados durante la jornada.

Discusión / conclusiones: Una vez finalizada su evaluación, SinergiAPS será puesta a disposición para que pueda ser utilizada por los CS y otros organismos públicos.



AUTORES: FIOI-DEROQUE, MARIA ANTONIA¹; SERRANO-RIPOLL, MARIA JESUS¹; SANCHEZ, ENCARNA²; GENS, MONTSERRAT³; MIRA-MARTINEZ, SOFIA¹; RICCI-CABELLO, IGNACIO¹

CENTRO DE TRABAJO: GERÈNCIA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE MALLORCA. FUNDACIÓ INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA ILLES BALEARS – IDISBA¹, GERÈNCIA TERRITORIAL CATALUNYA CENTRAL. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, DEPARTAMENT DE SALUT, GENERALITAT DE CATALUNYA², GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, DEPARTAMENT DE SALUT, GENERALITAT DE CATALUNYA.³



ID: 73

[volver al índice](#)

TITULO: CHECKLIST PARA VACUNACION DE PACIENTES INMOVILIZADOS EN DOMICILIO FRENTE A COVID-19

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el SARS-CoV-2, es actualmente una pandemia. A día de hoy y ante la falta de un tratamiento curativo definitivo, nuestra mejor terapia es la prevención por medio de las vacunas existentes.

Tras más de un año de pandemia podemos afirmar que el colectivo más vulnerable son los adultos mayores. Gran parte de esta población vulnerable, se encuentra en situación de dependencia y en numerosas ocasiones asistir a un punto de vacunación establecido supone un reto.

“Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo”, tras esta afirmación y ante la dificultosa movilización de este colectivo, cabe esperar que sea el personal sanitario el que, garantizando la protección de estas personas, se desplace a los domicilios a administrar la vacuna correspondiente. Por tanto, desde el grupo de residentes de EFyC de nuestra ciudad consideramos necesario la elaboración de una checklist apropiada, para la vacunación en domicilio contra la COVID19, asegurando de esta manera una mayor seguridad para los pacientes y disminuyendo la probabilidad de error por parte de los profesionales.

Objetivo/s a conseguir: • Homogeneizar el proceso de vacunación a domicilio contra la COVID19 consiguiendo un protocolo de actuación común para todos los profesionales con las consiguientes ventajas:

1. Reducir al mínimo los eventos adversos
2. Agilizar el proceso de vacunación
3. Evitar olvidos de material

Metodología a aplicar: Para la realización de la checklist nos hemos basado en el plan gallego de vacunación frente al SARS-CoV-2 y las guías de vacunación del consejo interterritorial del sistema nacional de salud.

Resultados esperables: Todavía no hemos obtenido datos suficientes para extrapolar que la checklist elaborada ha repercutido en la práctica segura de administración de vacunas contra la COVID 19 en domicilio. En estos momentos nos encontramos en fase de difusión entre los distintos grupos de vacunación, aunque sí que podemos afirmar que su acogida ha sido un éxito.

AUTORES: RIVAS RAÑA, ALMUDENA¹; GONZALEZ RODRIGUEZ, CLOE²; IGLESIAS GOMEZ, ROSALIA³; CHACON DOCAMPO, MACARENA⁴; ALVAREZ ESTEVEZ, LARA⁵; SOBRAL AROSA, ANTONIO¹

CENTRO DE TRABAJO: C.S VAL MIÑOR¹, C.S TUI², C.S PINTOR COLMEIRO³, C.S MOS⁴, C.S TABOADA LEAL⁵



ID: 74

[volver al índice](#)

TITULO: MAL MANEJO DIETETICO-FARMACOLOGICO EN DIABETES PREGESTACIONAL

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 28 años con diabetes tipo 1 mal controlada embarazada de 12 semanas acude a consulta de seguimiento de enfermería en Atención Primaria. Antecedentes personales: Diabetes tipo 1, retinopatía diabética no proliferativa y sobrepeso. Tratamiento actual: Insulina lenta c/24h e insulina rápida x-x-x.

Previamente se trata el tema de su diabetes y la importancia de mejorar las cifras de glucemia para minimizar complicaciones en la gestación.

En esta consulta se dan nuevas pautas alimentarias y se refuerza la educación terapéutica: alimentos con carbohidratos (raciones), insulina y rotación de las inyecciones, importancia de evitar la hipo e hiperglucemia... Se le informa que debido a su gestación debe de realizar 5 comidas al día; no 3 como estaba haciendo actualmente, y que debe ingerir un mínimo de kcal y raciones de hidratos de carbono/ día.

Citamos a los pocos días para que aporte controles glucémicos y ver evolución. En los datos obtenidos se observan grandes hipoglucemias a media mañana que le cuesta remontar. Preguntamos cuál es su rutina a esta hora y nos dice que está comiendo algo sobre las 12h (yogurt o una pieza de fruta) y administrándose previamente la dosis de insulina que le correspondería a la comida, repitiendo la dosis al mediodía. De modo que está ingiriendo escasos hidratos de carbono para una dosis excesiva de insulina.

Análisis realizado: Realizando un diagrama de causa-efecto deducimos que:

- Las causas del problema son:

- Profesional: no evaluación de los conocimientos, poco tiempo invertido en los cambios, no reevaluación de lo enseñado + educación sanitaria deficiente.
- Paciente: pocas habilidades y conocimientos (mal control de glucemias), no reconocimiento de la gravedad de las hipoglucemias, no manejo de las hipoglucemias.
- Equipo de Trabajo: falta de comunicación entre profesionales.
- Ambiente: aumento de consultas telemáticas, poco personal, sobrecarga de trabajo.

- El efecto: HIPOGLUCEMIA con mal manejo.

Conclusiones / aprendizaje: Faltó replantear el cambio de horarios de comidas y la asociación con la insulina.

Debimos insistir en la nueva información, reevaluar y reforzar por escrito. Como hemos visto la paciente no tenía claro los horarios de administración de la insulina ni el manejo de las hipoglucemias. Por ello, dado que son aspectos fundamentales, se debe de realizar un control y educación sanitaria adecuada.

Por lo tanto, deberíamos:

- Asegurar conceptos clave: Insulina (dosis- tiempo de actuación) + Ingesta hidratos de carbono.



- Asegurar conocimientos y habilidades para manejo de hipoglucemias.

AUTORES: IGLESIAS GOMEZ, ROSALIA¹; ALVAREZ ESTEVEZ, LARA²; SOBRAL AROSA, ANTONIO³; CHACON DOCAMPO, MACARENA⁴; GONZALEZ RODRIGUEZ, CLOE⁵; RIVAS RAÑA, ALMUDENA³

CENTRO DE TRABAJO: C.S PINTOR COLMEIRO¹, C.S TABOADA LEAL², C.S VAL MIÑOR³, C.S MOS⁴, C.S TUI⁵



ID: 76

[volver al índice](#)

TITULO: PRIORIZACION DEL CIRCUITO COVID ANTES QUE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Escenario: servicio de urgencias del hospital de referencia. Debido a la pandemia, se establecen dos

circuitos: respiratorio y no respiratorio. El consenso en el servicio es enviar las disneas, sea cual sea su origen, al respiratorio. Dentro de los circuitos se encuentra un box de REA, donde se atienden situaciones urgentes y llegan los pacientes trasladados por el PAC (servicio urgencias AP).

Caso: al PAC acude un paciente por dolor torácico, sin cambios en EKG y se decide traslado al hospital. Cuando se está llegando al destino el paciente comienza a presentar disnea muy intensa y alteraciones en el EKG. El PAC decide entrar por el circuito no respiratorio puesto que la clínica había comenzado al final del traslado y se entendía secundaria a un evento circulatorio. Se realiza la transferencia con el equipo que allí se encontraba y se pasa al paciente a la cama, se monitoriza y realizan técnicas habituales. Cuando llega el médico responsable, ante la disnea, decide cambiar al paciente de circuito, se intentan trasladar los motivos por los que se encuentra allí, pero no se consigue entablar un diálogo eficaz por lo que cesa la atención y se traslada al otro circuito donde al llegar entra en parada cardiorrespiratoria. Finalmente, el paciente se recupera y es trasladado a UCI.

Análisis realizado: Errores en el proceso:

1. Dilatación en la atención de una situación de emergencia por la priorización de la elección en el circuito.
2. Fallo en la comunicación entre profesionales.
3. Falta de consenso en los criterios para elegir circuito de entrada con AP.

Defensa del sistema:

1. La persona responsable de la decisión final no se encuentra de manera presencial en el box (prestan atención en varias estancias).
2. Existencia de box REA en ambos circuitos.



Causas raíz:

1. Falta de personal y estrés sufrido en pandemia.
2. Ausencia de protocolos consensuados.
3. Falta de comunicación entre niveles

Conclusiones / aprendizaje: En el contexto de pandemia que vivimos existe la necesidad de distinguir diferentes circuitos para

proteger a los pacientes, pero la atención inmediata a aquellos que presentan gravedad clínica debería prevalecer. En este caso, se debería haber estabilizado a la paciente en primer lugar y después decidir la zona a la que pertenecía.

Para evitar estos incidentes se debería: realizar una guía de actuación consensuada entre hospitalaria y AP, así como sesiones entre ambos niveles de atención para favorecer la comunicación. Además, se podría llevar a cabo un curso de reciclaje en triaje para profundizar en la priorización y tiempos de atención.

AUTORES: CHACON DOCAMPO, MACARENA¹; GONZALEZ RODRIGUEZ, CLOE²; RIVAS RAÑA, ALMUDENA³; SOBRAL AROSA, ANTONIO³; IGLESIAS GOMEZ, ROSALIA⁴; ALVAREZ ESTEVEZ, LARA⁵

CENTRO DE TRABAJO: C.S MOS¹, C.S TUI², C.S VAL MIÑOR³, C.S PINTOR COLMEIRO⁴, C.S TABOADA LEAL⁵



ID: 77

[volver al índice](#)

TITULO: EL TIEMPO ENTRE VACUNAS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Identificar los niños a los que se ha administrado incorrectamente las vacunas hexavalente y meningococo B en el periodo enero 2019-abril 2021 en un centro de salud.

Analizar los errores de vacunación en la administración de las pautas de meningococo B y hexavalente.

Valorar si los cambios de organización de las consultas enfermeras motivados por la pandemia puede haber influido en los errores de vacunación.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de toda la población infantil menor de 2 años de un centro de salud, vacunada con hexavalente y meningococo B de enero 2019-abril 2021

Fuente de datos: registro vacunal en AP-Madrid y SISPAL

Variables: tipo de vacuna administrada, fecha de administración, intervalo entre dosis, organización de la consulta enfermera.

Resultados: En el año 2019 inician la vacunación 222 niños; con hexavalente 212 y con meningococo B 10. Los niños tienen asignada su enfermera de familia y la administración de la vacuna coincide con las visitas del programa del niño sano de la Comunidad, tiempo de consulta estimado 20 minutos. Se identifican 10 errores en la administración de la vacuna con un intervalo menor al recomendado. En las 4 dosis de meningococo B; 2 en la segunda dosis y 2 en la tercera dosis. De las 6 dosis de hexavalente, 4 en la segunda dosis y 2 en la tercera.

Durante el año 2020 y hasta marzo 2021 la atención pediátrica enfermera se prioriza en la administración de vacunas y es realizada por el profesional que tenga asignada la tarea en el día, tiempo de consulta estimado 5 minutos. Se identifican 12 errores en la administración no respetando los intervalos recomendados. De 4 dosis de meningococo B, 2 en la segunda dosis y 2 en la tercera. De las 8 dosis de vacuna hexavalente, 5 en la segunda dosis y 3 en la tercera.

Discusión / conclusiones: La administración en intervalos inferiores a los recomendados puede reducir la respuesta inmunitaria, y por tanto la eficacia de la vacuna.

El registro vacunal es una de las fuentes de datos primarios del sistema de información sobre inmunización, permitiendo evaluar correctamente las vacunaciones y así reducir los casos de calendarios vacunales incompletos.

En el seguimiento del niño es importante revisar el registro vacunal para detectar pautas incompletas o erróneas. Esta práctica es la que nos alertó de algunos incidentes en los intervalos de vacunación de hexavalente y meningococo B por parte de los pediatras durante el año 2020, coincidiendo con la disminución de revisiones por las enfermeras, que priorizaron la vacunación y atendían a la población organizada por tareas.

La estrategia puesta en marcha en nuestro centro ha permitido identificar 22 niños con pautas incompletas que pueden ser corregidas. Destacamos que en el caso de la vacuna del meningococo B es financiada por los padres y supone una pérdida económica que deberá ser atendida por la organización.



Consideramos prioritario analizar con las enfermeras los errores identificados para analizar las causas y las propuestas de mejora.

AUTORES: RIVERA-ALVAREZ, ARACELI¹; IGLESIAS-RUS, L¹; FERRERO-MARTIN, C¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ABRANTES. DIRECCION ASISTENCIAL CENTRO.¹



ID: 78

[volver al índice](#)

TITULO: PLAN DE FOMENTO DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD Y LA MEJORA CONTINUA EN NUESTRO CENTRO

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: EN LOS ÚLTIMOS MESES SE HAN PRODUCIDO GRANDES CAMBIOS EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO CON LA INCORPORACIÓN A LAS PLANTILLAS DE NUEVOS PROFESIONALES. A PRIORI PUEDE SUPONER UN DESAJUSTE EN LOS CENTROS, PERO POSTERIORMENTE SE PUEDEN CONVERTIR EN FORTALEZAS ORGANIZATIVAS Y OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS PROYECTOS.

EN ESTA LÍNEA Y CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, COMPROMISO QUE DEBEMOS TOMAR TODOS LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAMOS POR MEJORAR LA SALUD, SURGE EL PROYECTO QUE EXPONEMOS.

SEGÚN LA TIPOLOGÍA DE NECESIDADES DE BRADSHAW SE TRATA DE UNA NECESIDAD DE TIPO NORMATIVA; EL PROPIO PROFESIONAL DETECTA LA NECESIDAD EN BASE A LA CARENCIA DE UN ESTÁNDAR: LA AUSENCIA DE EQUIPO DE GESTIÓN DE RIESGOS EN EL CENTRO ASISTENCIAL Y LA FALTA DE NOTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS DE FORMA CONTINUA.

Objetivo/s a conseguir:

1. DAR A CONOCER LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DEL OBSERVATORIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
2. IMPULSAR EL REGISTRO DE LAS NOTIFICACIONES DE RIESGOS, INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS CON EL FIN DE IDENTIFICAR PUNTOS DE MEJORA
3. CONOCER LAS HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS Y LA MEJORA DE LA SEGURIDAD (AMFE, BACRA, ANALISIS CAUSA-RAIZ, ETC)
4. CREAR UN GRUPO DE TRABAJO DE PROFESIONALES DEL CENTRO DESTINADO AL ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS Y GENERACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA
5. FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD A TRAVES DE SESIONES CLÍNICAS GRUPALES DE ANÁLISIS DE CASOS

Metodología a aplicar: PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO QUE LLEVAREMOS A CABO USAMOS LA DENOMINADA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL, CARACTERIZADO POR REUNIONES ESTRUCTURADAS, GRUPO REDUCIDO DE TRABAJO, HETEROGENEIDAD, EN UN ESPACIO FÍSICO Y CÓMODO. EN RELACIÓN A LAS FASES, PRIMERO SE EXPONE EL PROBLEMA, LUEGO SE LLEVA A CABO LA GENERACIÓN ESPONTÁNEA DE IDEAS, REUNIÓN DE IDEAS, DISCUSIÓN, CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN.

UNA VEZ DETERMINADAS LAS ACCIONES CONCRETAS QUE LLEVAREMOS A CABO, REALIZAREMOS UN PLAN DE PROGRAMA ORDENANDO CRONOLÓGICAMENTE LAS ACTIVIDADES A TRAVÉS DEL DIAGRAMA DE GANTT, AÑADIENDO RECURSOS Y RESPONSABILIDADES CONCRETAS.

LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SE LLEVARÁ A CABO A TRAVES DE LA EVALUACION DE PROCESO, COMPARANDO LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS CON LAS REALIZADAS, EVALUANDO EL GRADO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, ASI COMO LAS MEJORAS ESTABLECIDAS, Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES.



Resultados esperables: LA CREACIÓN DE UN EQUIPO ESPECÍFICO DE GESTIÓN DE RIESGOS DOTADO DE HERRAMIENTAS Y CONOCIMIENTOS CONCRETOS, APORTA AL CENTRO UN VALOR EN SEGURIDAD Y ATENCIÓN DE CALIDAD.

CONCRETAMENTE, ESPERAMOS OBTENER RESULTADOS EN UN AUMENTO DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD QUE MEJOREN NUESTRAS ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ADMINISTRATIVAS. TODO ELLO SE REFLEJARÁ EN UNA DISMINUCIÓN DE LOS INCIDENTES ENTRE LA POBLACIÓN QUE ATENDEMOS. ESPERAMOS IMPREGNAR EL CENTRO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD TRASMITIENDO LA IMPORTANCIA QUE TIENE, LOS BENEFICIOS QUE APORTA, LA NECESIDAD DE TRANSPARENCIA QUE PRECISA Y EL COMPROMISO QUE TODOS DEBEMOS ADQUIRIR.

AUTORES: GAITEIRO RAMIREZ DE VERGER, VICTORIA¹; FERNANDEZ CUBILLANA, LUIS MANUEL²; SEGURA ELIAS, ANGELA¹; BARRIOS QUINTA, ANA MARIA¹; PEREZ NOGUERIA, MARTA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD PLATA-PALMETE¹, CENTRO DE SALUD ALAMILLO²



ID: 79

[volver al índice](#)

TITULO: PROYECTO DE MEJORA DE LA COMUNICACION EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Participación de ciudadanos/pacientes por su seguridad

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: El desarrollo de la actividad asistencial en Atención Primaria requiere el intercambio de información. Todo aquello que bloquea la comunicación eficaz se considera una barrera de la comunicación. La cuantificación de errores de comunicación en el ámbito de Atención Primaria oscila entre un 5 y un 72% de los incidentes estudiados.

Objetivo/s a conseguir: Se analizan las causas raíz de las barreras de comunicación a través de las fuentes bibliográficas con la espina de pez de Ishikawa de aquellos factores que dependen del sanitario y que pueden modificarse sin generar coste.

Metodología a aplicar: Se organiza en 6 apartados:

Método:

- La familiaridad con el sistema sanitario facilita el acceso de los usuarios.
- La falta de tiempo para la atención de los usuarios dificulta la comunicación entre el usuario y el sanitario.
- El vocabulario que se utiliza se tiene que adaptar al contexto y nivel cultural de los usuarios.

La máquina: los ordenadores son una herramienta de trabajo que requiere la atención del sanitario.

La medida: los errores de medicación se han considerado en ocasiones errores de comunicación profesional-paciente.

El medio ambiente: las personas con clases social baja tienen más riesgo de malos resultados para comunicación.

Los materiales impresos debe estar ajustado al nivel de lectura del usuario y recoger un número limitado de mensajes, preferiblemente los más relevantes.

La mano de obra: son los recursos humanos y todos los factores que se pueden achacar a ellos.

- Lenguaje verbal: el paciente sabe habitualmente más de lo que se le ha dicho probablemente porque tiene otras fuentes de información.
- Lenguaje no verbal: se considera que el 60% de nuestras comunicaciones no son verbales. La mirada, junto con las expresiones faciales, constituye uno de los canales con mayor valor comunicativo.
- Pensamiento, sentimientos y emociones:
 - o Filtro mental: percibir los aspectos negativos favorece la crítica hacia otros.
 - o El poner etiquetas dificulta la comprensión del comportamiento.
 - o En la lectura mental puede llevar a errores si no se confirma.
 - o Se ha comprobado que la influencia de la reducción del nivel de ansiedad entre médico y paciente favorece el flujo de información.



- o La comunicación por sí sola únicamente produce un aumento en la información proporcionada al paciente, pero nunca un cambio de su conducta.
- Duración del habla: en algunos estudios han demostrado que se emplea de media 18.3 segundos para la explicación del problema frente a 2,4 minutos para el consejo y tratamiento. En los primeros minutos de entrevista, sobre todo si dejamos hablar al paciente, salen “diamantes en bruto” que tal vez no vuelvan a aflorar.
- Los acompañantes pueden ayudar a minimizar las incertidumbres de los pacientes.

Resultados esperables: La mejora de la comunicación con los pacientes es el pilar de una relación participativa y deliberativa, donde el protagonismo del profesional da paso a un paciente más informado y, consecuentemente, más satisfecho.

AUTORES: GONZALEZ NATAL, M. NIEVES¹; BURGOS DIEZ, MP¹; MATIA CUBILLO, AC²; FLORES PEREZ, LA¹; VAQUERIZO CARPIZO, E¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEON¹, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BURGOS²



ID: 80

[volver al índice](#)

TITULO: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: ¿QUE PUEDE FALLAR EN LA PREPARACION DE LA VACUNA COMIRNATY® FRENTE AL COVID-19?

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: En 2021 se comenzó la vacunación sistemática de la población frente al covid 19. La primera vacuna autorizada fue la de PfizerBiotech (Comirnaty®), que tiene requerimientos de conservación muy estrictos (-70Cº). Se envía a los centros de salud (CS) descongelada, entre 2-8ºC (no debe congelarse). Sin diluir es estable 5 días a 2-8° y 2 horas a Tº ambiente.

En nuestra dirección asistencial se han notificado tres errores en relación a la preparación de esta vacuna. El error principal se produce porque se confunde un vial utilizado con uno nuevo y se diluye de nuevo por lo que se vacuna con una dosis infraterapéutica.

La relación de errores frente a las vacunas administradas es pequeña pero su análisis es pertinente para introducir barreras que minimicen su ocurrencia.

Análisis realizado: Se contacta con los responsables de vacunas de los CS implicados para recabar información sobre lo ocurrido y proceder al análisis.

Error 1 y error 2: se rediluye un vial utilizado. Desviación sobre el procedimiento establecido:

Error 1: La enfermera sufre una “interrupción en consulta” y tiene que salir por un incidente sin desechar un vial usado. Al volver cree que el vial es nuevo y lo diluye otra vez.

Error 2: por “interrupciones en la consulta” no se marcan ni se almacenan en lugar designado los viales ya utilizados para diferenciarlos de los viales nuevos y son rediluidos y administrados.

Error 3: hay un descuadre entre los viales recibidos y administrados. En el conteo y albarán de entrega consta la recepción de 11 viales. Al administrarlos en diferente turno, se detecta que sobra un vial. Pensando que se ha enviado uno de más, éste último se utiliza. Desviación sobre el procedimiento establecido: se desechan los viales en un contenedor junto con las agujas y los viales de días anteriores por lo que no se pueden contar para confirmar si se habían recibido 12 viales o se había rediluido un vial usado.

Factores predisponentes (para todos):

-Alta carga de trabajo e interrupciones en consulta

-Peculiaridad del vial: multidosis y sin diluir contiene un pequeño volumen de solución. Por este motivo es difícil diferenciar el vial nuevo sin diluir del vial ya utilizado.

Conclusiones / aprendizaje: En todos los casos se comunicaron los errores a Salud Pública que indicó cómo proceder.

La notificación de estos errores ha permitido identificar áreas de mejora dentro del proceso. En base a la experiencia se han elaborado recomendaciones que se han difundido entre los profesionales de los CS a través de reuniones telemáticas y envío de documentación. Algunas recomendaciones son:



-Sacar los viales de uno en uno para su dilución y anotar día y hora del primer uso del vial. Una vez utilizado, marcarlo con una señal gráfica que indique que ya se ha utilizado.

-Desechar los viales usados en un contenedor amarillo nuevo (quitar la tapa para luego hacer recuento). Las jeringas se eliminarán en otro contenedor.

-Cada 1-2 horas, parar, revisar el procedimiento y contar los viales usados y los que quedan en la nevera.

AUTORES: IBARRA MIRA, MARIA LUISA¹; DIEZ ALCANTARA, A¹; BARBERA MARTIN, A²; MONTERO SAN MILLAN, RC³; PEREZ HERNANDEZ, AI⁴; VICENTE DEL HOYO, M⁵

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO FARMACIA. DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. SERMAS¹, DIRECCION TECNICA DE PROCESOS DE ATENCION Y CALIDAD. GERENCIA ATENCION PRIMARIA. SERMAS², RESPONSABLE DE CENTRO. DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. SERMAS³, PEDIATRA C.S TORRELODONES. GERENCIA ATENCION PRIMARIA. SERMAS⁴, UNIDAD DE APOYO TECNICO. DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. SERMAS⁵



ID: 81

[volver al índice](#)

TITULO: COMO EVITAR ERRORES DE REGISTRO EN LA VACUNACION COVID-19

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Desde que se puso en marcha la campaña de vacunación Covid-19 se han notificado, en la Dirección Asistencial, un total de 15 errores de medicación (EM) de los cuales 8 son resultado de incidencias en el procedimiento de registro de vacunación (2 en centro de salud y 6 en unidades de vacunación en domicilio y residencias).

Para el registro de vacunación COVID-19 se ha creado una plataforma de Registro Unificado de Vacunación (RUV) mientras que con el resto de vacunas este registro es directamente en la historia clínica (HC) del paciente.

Todos los EM relacionados con el registro implican a la vacuna de PfizerBiotech (Comirnaty®), que es la que se ha usado mayoritariamente, y dieron lugar a sobredosificación por administración de dos dosis consecutivas (3), frecuencia de administración incorrecta entre primera y segunda dosis (4) y administración a paciente incorrecto (1).

Análisis realizado: Se recabó información de cada EM detectándose que en todos ellos se administró la vacuna antes del registro.

Se identificaron los siguientes problemas:

- Fallo en la plataforma informática de RUV
- No disponibilidad de acceso a sistemas de la información en domicilios por no disponer siempre de dispositivo portátil
- Falta de cumplimiento del protocolo de vacunación
- Desconocimiento del paciente sobre su estado de vacunación

Como factores contribuyentes se identificaron:

- Implantación de una nueva plataforma para el registro
- Carga elevada de trabajo y reparto inadecuado de tareas
- Desconocimiento del protocolo de vacunación
- Acúmulo de pacientes y edad avanzada de los mismos
- Interrupciones durante el proceso

Conclusiones / aprendizaje: Los EM derivados del registro inadecuado son comunes a otros tipos de vacunas pero las circunstancias de la vacunación Covid-19 (masiva, diferentes vacunas comercializadas, logística, etc.) hacen que tengan especial relevancia. Para evitar estos EM se llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Interoperabilidad de los sistemas de información de manera que la información del RUV apareciera en la HC del paciente en Atención Primaria y Hospitales.



- Elaboración de una Recomendación de Seguridad Generalizable (RSG) de vacunación COVID-19 en domicilio que contempla: comunicación telefónica de la enfermera con la persona a vacunar/cuidador para asegurar que la persona no ha recibido ya la vacunación COVID, verificar la identidad y acordar fecha de la vacunación, comprobar historial de vacunación y en caso de no disponer de dispositivos portátiles registrar en el RUV la vacuna en el propio Centro Salud (CS).
- Elaboración de una RSG de medidas para evitar errores en la vacunación COVID-19 donde se indica: comprobar estado de vacunación COVID, siempre registrar en el RUV antes de administrar cualquier dosis y, si no estuviera disponible el RUV en ese momento, consultar la HC del paciente.
- Sesión virtual con los responsables de vacunas y seguridad de cada CS para la difusión de los EM producidos y recomendaciones elaboradas.

AUTORES: IBARRA MIRA, MARIA LUISA¹; DIEZ ALCANTARA, ANA¹; MONTERO SAN MILLAN, RAQUEL CELIA¹; BARBERA MARTIN, AURORA¹; RODRIGUEZ CASTILLO, EUGENIA CRISTINA¹; LUACES GAYAN, M^a PILAR ARANZAZU¹

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE¹



ID: 83

[volver al índice](#)

TITULO: ACTUALIZACION EN EPOCA COVID-19

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Debido a la pandemia covid se creó una agenda para el seguimiento de los pacientes covid y contactos que se hacía de forma rotativa por diferentes profesionales. Debido a la rotación de profesionales y los continuos cambios continuos en los protocolos frente covid, detectamos que existía una gran variabilidad individual en la gestión de esta agenda.

Objetivos

Conseguir disminuir la variabilidad de profesionales en seguimiento de la agenda covid

Simplificar la actualización de documentos relacionados con seguimiento de pacientes covid

Análisis: Des de dirección de atención primaria se nos encomendó una revisión de las agendas para la valoración de la adecuación al tipo de cita (telefónica, virtual, presencial) y profesional antes de la tercera ola. Con esta revisión se detectó una gran variabilidad individual en manejo de la agenda covid y de la citación para control (24h, 48h, 3 dias), algunos seguían las últimas recomendaciones y otros se habían quedado en las anteriores.

Se creó equipo de mejora con profesionales de cada estamento con dos objetivos: disminuir variabilidad y realizar un documento sintético.

Propuestas de mejora, planes de acción: Organización:

Médicos de forma rotativa hacían agenda por lo que se propuso cambio de seguimiento de agenda de médicos a dos enfermera para disminuir la sobrecarga del profesional médico y disminuir la variabilidad.

En agenda covid se mezclaban pacientes covid y contactos, a nivel territorial Creación una unidad de seguimiento de contactos.

Profesionales :

Confusión por la avalancha de documentos por lo que se propuso la elaboración de un protocolo resumen para seguimiento de pacientes covid que sería actualizado tras cada nueva actualización y difusión por email

Pacientes: publicación en blog del centro de información contrastada y verificada

Folletos en consulta covid para correcta cuarentena .

Estos también se enviaron y envían de forma virtual.

A los 3 meses, según ciclo de demin, se hizo una

Detectamos a nivel de profesionales que había algunos profesionales que desconcían

el protocolo de seguimiento, por lo que se propuso Sesión con meet de presentación de protocolo y se volvió a enviar por email.



También se detectaron errores en citación de pacientes des de administrativos: se elaboró un protocolo para profesionales de administración para la correcta citación de estos pacientes.

Resultados conseguidos: Con pandemia nos hemos tenido ir adaptándonos a cambios constantes en el seguimiento de los pacientes covid y en la organización de nuestros centros de salud , con nuestro propuesta de mejora:

Se ha disminuido la variabilidad individual con protocolos resumen tanto para sanitarios como administrativos, con la consiguiente disminución de errores en seguimiento y citación de estos pacientes. También

se ha simplificado el alud de documentos a uno de fácil consulta que por sí mismo también disminuye la variabilidad individual. Requiere de un esfuerzo contante por parte del equipo de mejora covid para tenerlo actualizado con constantes cambios.

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA¹; OJOG OJOG, E¹; MONAGO ESPEJO, S¹; MASOT PIQUE, Y¹; MARTINEZ JIMENEZ, E¹; PEREZ PAN, M¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP SARRO ROSET¹



ID: 84

[volver al índice](#)

TITULO: PEQUEÑAS ACCIONES, GRANDES CAMBIOS.

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: En nuestro centro se realizan espirometrías para diagnóstico y seguimiento de pacientes con epoc y asma. Muchos pacientes no le dan la misma importancia que ha otras pruebas, por lo que unido a un cambio en los profesionales que realizaban estas pruebas que originó una lista de espera más de 15 días, nos encontramos con un gran número de no presentados, otros que no venían preparados (habían fumado, tomado los inhaladores), lo que indirectamente aumentó la lista de espera.

Objetivo/s a conseguir: Disminuir el número de no presentados prueba.

Dar correcta información al paciente para realizar prueba.

Disminuir lista espera al disminuir la recitación.

Metodología a aplicar: Debido a cambios en la hoja de instrucciones durante el primer segundo trimestre 2019, se había creado un equipo de mejora en espirometrías, para iimplantar una nueva hoja de instrucciones.

Nos reunimos a finales de julio para

analizar los incidentes del primer semestre 2019: alto número de no presentados, otros no habían seguido las instrucciones (habían fumado, tomado inhaladores) y un pequeño porcentaje había sido intervenido y no podía realizar prueba. Aumentó de lista de espera por cambio de profesionales.

Como propuestas de mejora:

Se decidió que un profesional administrativo del centro se encargará de dar cita y le volviera a llamar 2 días antes, para recordar las instrucciones de como hacer la prueba, día y hora.

Se pusieron dibujos en las instrucciones para facilitar su comprensión.

El paciente el día de la cita debía de llevar las instrucciones firmadas conforme había leído tanto las instrucciones cómo las contraindicaciones de la prueba.

También se recordó a todos los profesionales que se debía dar y explicar en consulta las instrucciones.

Se acordó una valoración en octubre 2019 y otra en marzo 2020.

Resultados esperables: Antes de aplicar este plan de mejora, Teníamos un 36,48% (abril 2019 a julio 2019)de pruebas no realizadas y después de la aplicación del proyecto de mejora en octubre 2019 el número de no presentados habían bajado a 12% .

La gran mayoría se habían leído las instrucciones y venían preparados.

Con pandemia no hemos podido seguir y hacer una segunda revaloración y ahora hemos de adaptarnos a los nuevos protocolos para la realización de espirometrías, buscando nuevos espacios,... Esta pandemia nos ha traído cambios constantes y nos hemos ido adaptando, siempre velando por la seguridad del paciente.



AUTORES: ROIG CARRASCO, ROSER¹; GONZALEZ PAREJO, D¹; PIÑOL VALLVERDU, E¹; CASULA YUSTE, M¹; MESTRES MARTIN, C¹; LOPEZ DE LA BLANCA, M¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP SARRO ROSET¹



ID: 85

[volver al índice](#)

TITULO: UN TEST MUY HABITUAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Se presenta el caso de un varón de 28 años que acude a urgencias del CUAP por astenia, febrícula y molestias en flanco Izq de 4 días de evolución. Se valora inicialmente en zona de triaje (pequeñas áreas con silla separadas por biombos). Dado que se debe explorar abdomen, se decide paso a box y, aprovechando que un enfermero lleva EPI y está realizando TARs, se le realiza el test antes, saliendo el hisopo manchado de abundante sangre, sin que sea comunicado a la médica responsable en el momento.

EF en box: estado general conservado, paciente tranquilo, dice encontrarse bien. Diaforético, taquicardico a 140lpm, afebril, eupneico, SpO2 98% basal. AC: taquicardia regular. AR: normal. ABD: equimosis en hipocondrio derecho, doloroso en ambos flancos e hipocondrios, hepatoesplenomegalia de 4 dedos. Piel: equimosis pretibial postraumática y petequias en ambos MMII. ORL: restos hemáticos secos y antiguos en labio inferior, sangre fresca escasa en mucosa yugal y fino hilo de sangrado activo orofaríngeo, consecuencia de la realización del TAR. ECG: taquicardia sinusal sin otros hallazgos. Analítica: bicitopenia (anemia leve y trombocitopenia severa -1000 pq-) y linfocitosis. Durante su estancia en el CUAP el sangrado cesó espontáneamente. Se traslada de urgencia vía SEM a hospital donde queda ingresado finalmente con diagnóstico final de Linfoma Burkitt estadio IV con metástasis óseas, subcutáneas, de SNC + VIH de debut.

Análisis realizado: En este caso encontramos varios errores que conducen a un incidente evitable con daño leve al paciente:

- Realización de una prueba invasiva en un paciente con un riesgo muy elevado de hemorragia sin haber explorado correctamente antes al paciente.
- No reconocer los signos de alarma al realizar el test (sangre en labio e hisopo) y no comunicarlo a la médica.
- Valoración inicial de un dolor abdominal en área de biombos, donde no hay camilla ni intimidad.
- Falta de personal y sobresaturación de los servicios de urgencias. Esto lleva a organizar los recursos intentado disminuir el tiempo de atención al paciente (realizar TAR antes de la indicación por un facultativo o de explorar al paciente) para evitar el colapso de urgencias.

Conclusiones / aprendizaje: De este caso aprendemos que todo test o medicación, por muy habitados que estemos a su uso, tiene unos riesgos y efectos adversos. Realizar una exploración física adecuada y completa en un entorno que así lo permita desde el inicio, aunque nos lleve más tiempo, especialmente antes de indicar cualquier prueba al paciente; esto podría haber evitado la realización del test y el posterior sangrado, que podría haber sido muy grave en este paciente dado su estado basal. Cursos de actualización y reconocimiento de signos de alarma y deterioro del paciente serían necesarios en todo servicio de urgencias. Potenciar un flujo seguro de comunicación médico-enfermero en el que ambos se sientan cómodos comentando hallazgos y situaciones sin miedo a sentirse juzgados.

AUTORES: USERO MARTINEZ, MARIA ANGELES¹; MARTI I OLTRA, ZULEMA¹; TORRES QUINTANA, MARIA PAULA¹; MAGNANTE, GIOVANNA¹; DA SILVA TORRES, SONIA RAFAELA¹

CENTRO DE TRABAJO: MONTCADA I REIXAC CENTRE¹



ID: 86

[volver al índice](#)

TITULO: DECALOGO PARA COMUNICAR MEJOR EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Los sanitarios están obligados a transmitir la información comunicándose de manera efectiva.

Objetivo/s a conseguir: Analizar las barreras comunicación a través de las fuentes bibliográficas para elaborar recomendaciones que se puedan llevar a la práctica los sanitarios en la consulta de Atención Primaria utilizando el método de la espina de pez de Ishikawa.

Metodología a aplicar: Se extraen las siguientes causas:

1. Absentismo de población con menos posibilidad de acudir a la consulta: población joven y con cargas familiares
2. El lenguaje empleado no está adaptado al contexto sociocultural del usuario.
3. El uso del ordenador en la consulta puede ser una interferencia en la comunicación
4. Se tiende a hablar más a la gente que gusta y también se asocia la duración del habla con la asertividad, afrontamiento y baja ansiedad social.
5. Las personas con clases social baja tienen más riesgo de malos resultados para comunicación
6. El Material impreso no está adaptado a las circunstancias del usuario.
7. El paciente sabe habitualmente más de lo que se le ha dicho probablemente porque tiene otras fuentes de información
8. Se desconoce el valor comunicativo del lenguaje no verbal. La mirada, junto con las expresiones faciales, constituye uno de los canales con mayor valor comunicativo
9. La percepción exclusiva de aspectos negativos merma la capacidad resolutive. El etiquetado con adjetivos de los usuarios dificulta la comprensión del comportamiento.
10. En los primeros minutos de entrevista salen “diamantes en bruto” que tal vez no vuelvan a aflorar

Se elaboran las siguientes recomendaciones:

1. Llame periódicamente a la población que no acude a consulta.
2. Utilice un lenguaje adecuado al contexto sociocultural del paciente evitando tecnicismos.
3. Mejore sus habilidades con el ordenador y evite hablar mientras lo usa.
4. Reflexione sobre los usuarios que le generan más incomodidad.



5. Realice un especial esfuerzo en la comunicación con personas de clase social baja.
6. Proporcione material impreso ajustado a la lectura fácil de Dispanet.
7. Permita que su paciente exprese dudas y preocupaciones.
8. Cuide su lenguaje no verbal especialmente su mirada.
9. Realice una valoración de factores positivos y negativos evitando poner etiquetas.
10. Permita a sus pacientes que expresen libremente el motivo de su consulta durante los primeros dos minutos sin interrupciones.

Resultados esperables: La aplicación de pequeños cambios en el día a día en la mejora de la comunicación dará su fruto a largo plazo. El resultado será una comunicación más efectiva que permita al usuario aumentar su grado de satisfacción y toma de decisiones responsables.

AUTORES: GONZALEZ NATAL, M. NIEVES¹; BURGOS DIEZ, MP¹; MATIA CUBILLO, AC²; ARAGON CABEZA, MJ¹; GARCIA MARTINEZ, AM¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEON¹, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BURGOS²



ID: 87

[volver al índice](#)

TITULO: DETECCIÓN DE FALLOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENTO CONSERVADOR Y PALIATIVO MEDIANTE METODOLOGIA AMFE

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador y paliativo (TCP) tienen un alto riesgo para sufrir un efecto adverso (EA) dado que se siguen en distintos niveles asistenciales, suelen tener edad avanzada, pluripatología y polimedicación.

Un EA puede causar un daño no intencionado potencialmente evitable. Se estima una incidencia de EA de 8,4 a 12% a nivel hospitalario y de 11,2% en Atención Primaria, considerándose evitables hasta el 42,8%.

El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es una herramienta proactiva de evaluación del riesgo empleada para identificar aspectos vulnerables de procesos complejos y desarrollar acciones preventivas.

Esta experiencia ha consistido en la aplicación del AMFE a la atención de pacientes con enfermedad renal crónica en TCP.

Análisis: Para realizar un análisis global de la atención del paciente constituimos un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por facultativos especialistas y en formación, profesionales de Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Auxiliar de Enfermería de diferentes ámbitos (Nefrología, Hospital de Agudos, Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Medicina Familiar y Comunitaria).

Se elaboró un mapa de procesos para recoger la secuencia asistencial con todos los profesionales involucrados, así como las actividades asistenciales clave. Se identificaron 7 procesos; el primero la comunicación del diagnóstico y el último el duelo. Posteriormente se realizó un listado de los posibles fallos en el manejo de estos pacientes utilizando la técnica de lluvia de ideas, recogiendo un total de 35. Finalmente se pormenorizaron las causas que ocasionan estos fallos y los EA potenciales.

Asignando un valor numérico a la frecuencia (F) y gravedad (G) de cada fallo obtuvimos un coeficiente de riesgo (FxG) que permitió ordenarlos. La mayor puntuación la obtuvo el fallo "No registrar el TCP en la historia" cuyo EA asociado es "Realización de exploraciones innecesarias". En segundo lugar, se situó "No involucrar al paciente en las decisiones".

Independientemente del coeficiente se señalaron como fallos críticos: no contemplar los cuidados paliativos como posibilidad terapéutica, abandono del paciente en situación paliativa y no informar de la posibilidad de realizar Voluntades Anticipadas.

Propuestas de mejora, planes de acción: La metodología AMFE permite obtener un listado ordenado de fallos y EA que da la oportunidad de reflexionar y proponer medidas preventivas para cada uno.

El siguiente paso consistiría en la aplicación de estas propuestas de mejora con criterios de evaluación adecuados.

Cabe destacar la necesidad de formación en TCP y comunicación entre los agentes de salud para evitar fallos.

Resultados conseguidos: La realización de esta experiencia ha permitido recopilar 35 fallos en el manejo de los pacientes con enfermedad renal en TCP desde una mirada holística crítica. Como resultado se ha obtenido de forma detallada propuestas preventivas para mejorar la atención de estos pacientes.



AUTORES: PONS PRADES, JOSE RAMON¹; CARRASCO IBAÑEZ, ELENA MARIA²

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON- NEFROLOGIA¹, CS RAFALAFENA²



ID: 88

[volver al índice](#)

TITULO: HIPOTENSION SINTOMATICA SECUNDARIA A LA TOMA DE IECAS

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 56 años diagnosticada de HTA en el año 2010, en tratamiento con ramipril 5mg diario. Desde el diagnóstico ha demostrado buen manejo de su enfermedad, con autocuidados adecuados y adherencia al tratamiento prescrito.

Buen control tensional con el tratamiento prescrito. En junio de 2020 refiere cefaleas y mareos sin giro de objetos diarios, junto con tendencia a la hipotensión.

Al no ceder la sintomatología, su enfermera coloca el 06/04/2021 una monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 h (MAPA) para conocer eficacia y ajuste del tratamiento antihipertensivo.

El 07/04/2021 los resultados indican cifras de TA media de 106/57 mmHg y objetivan que los mareos registrados en el diario de actividad coinciden con descensos de TA. Se cita con el médico para que revise los resultados y ajuste tratamiento, dejando la documentación en el archivador correspondiente.

El 08/04/2021 un médico revisa los datos y pauta incrementar la dosis de ramipril a 10mg diarios.

Análisis realizado: Siguiendo el protocolo de Londres, tras el análisis de los registros y entrevistas, se detecta que el aumento de dosis de ramipril es un error, identificándose dos acciones inseguras:

- confusión en los resultados de MAPA consultados.
- no conseguir contacto directo con la paciente en la consulta telefónica antes de la modificación de la pauta.

Los factores contributivos identificados están relacionados con:

- las tareas y tecnología: el médico consultó documentación errónea.
- el profesional: la falta de profesionales da lugar a una sobrecarga de trabajo; además, la profesional implicada era nueva en el centro y no conocía los circuitos de trabajo.
- el equipo de trabajo: los circuitos de trabajo no están bien definidos y los documentos se traslapaban por falta de orden.
- el paciente: el contacto con la paciente es difícil al coincidir el horario de consulta médica con su horario de trabajo.
- las decisiones gerenciales y procesos organizacionales: la falta de médicos en el centro obliga a agrupar las consultas médicas en agendas centralizadas que cada día se reparten, perdiendo la longitudinalidad.

Conclusiones / aprendizaje: La enfermera de la paciente detectó el error el mismo día, activando los mecanismos pertinentes y evitando que hubiera daño. En días posteriores, la paciente tuvo otra consulta telefónica con el médico y se ajustó la dosis correctamente.

De este caso aprendemos la importancia de establecer protocolos y circuitos de trabajo claros, que estén a disposición del equipo para ser consultados, especialmente por los profesionales de reciente incorporación.



Por otra parte, dado que en la actualidad la mayoría de consultas son vía telefónica, no se deben dar por concluidas sin haber conseguido una comunicación directa con el paciente, fundamental para poder orientar la práctica clínica de forma pertinente.

AUTORES: CATALINA HERNAN, RAQUEL¹; MESA CUEVAS, C¹; IGLESIAS RUS, L¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ABRANTES¹



ID: 89

[volver al índice](#)

TITULO: APRENDIENDO DE LA REALIDAD

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Unos ciudadanos encuentran a un hombre adulto tumbado en el suelo de la vía pública, cerca de un Centro de Salud (CS). Se trata de un usuario que acude ocasionalmente a consumir tóxicos al Centro de Reducción de Daños (CRD) ubicado en el mismo edificio que el CS. Ese día había consumido speedball 30 minutos antes y había abandonado en centro de forma autónoma.

Los profesionales del CRD son alertados por los ciudadanos y acuden al lugar de los hechos. De forma paralela, otro ciudadano informa a una trabajadora de la limpieza del CS, que se encontraba en la calle, y esta informa a un médico de familia (MF) que se encuentra casualmente al entrar en el CS. El MF y un administrativo del CS acuden al lugar para valorar la situación.

El paciente está siendo atendido por profesionales del CRD, así que el MF se queda dando soporte y el administrativo vuelve al CS para informar a los profesionales de urgencias (médico y enfermera de guardia)

A los 3-4 minutos se reevalúa al paciente y se diagnostica paro cardio respiratorio, se inicia reanimación cardio pulmonar. Posteriormente acude Servicio de emergencias(SEM), detecta ritmo no desfibrilable, a pesar de administración intraósea de medicación y aplicación de LUCAS el paciente es exitus.

Análisis realizado: a. Identificación de caso centinela: comunicación a dirección y responsable de calidad

- b. Recopilación y revisión de información: narración de los hechos
- c. Entrevistas con los implicados
- d. Análisis causa raíz adaptada (grupo)
- e. Detección puntos críticos
 - i. Activación CODIGO 0 fuera del centro y alerta a SEM
 - ii. Dificultad de localización del paciente
 - iii. Transporte de material necesario fuera del centro
 - iv. Liderazgo
 - v. Atención paciente crítico/paro:
 - 1. Retraso en administración de oxígeno y colocación DEA
 - 2. Uso de fármacos
 - vi. Post actuación: no espacio de reflexión post actuación en emergencias

Conclusiones / aprendizaje: - Formativas

Aproximación paciente crítico-paro. Formación bianual a todos los profesionales, según categoría profesional.



Incluir RCP+DEA avanzada inicial

Revisión actuación en intoxicaciones

- Organizativas

Incluir formación actuación de Códigos de emergencias en el protocolo de acogida de los profesionales

Espacio de pausa post actuación en una emergencia y seguimiento de los profesionales

Briefing en las 24h posteriores

Utilización check list emergencias (ABCDE)

Adecuar transporte Oxígeno fuera del centro

Protocolo de coordinación en emergencias con los distintos dispositivos que trabajan en el CS

AUTORES: CALVET JUNOY, SILVIA¹; GRIMALT ALVARO, JOAN¹; BOBE MOLINA, ISABEL¹; CARRERA, ALFONSO¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LA MINA¹



ID: 90

[volver al índice](#)

TITULO: PREVENIR ERRORES EN LA VACUNACION COVID, “POR ACTIVA Y POR PASIVA”

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: El proceso de inmunización es uno de los más importantes que se realiza en Atención Primaria (AP). Es complejo y de riesgo para la seguridad del paciente. La disponibilidad de varias vacunas frente a la COVID al mismo tiempo, con diferentes maneras de administración y preparación, y la necesidad de vacunar a toda la población de la Comunidad Autónoma hace necesario extremar las medidas de seguridad en el proceso de vacunación COVID en los centros de salud (CS)

Análisis: La Gerencia de AP comprobó, de forma proactiva, antes del inicio de la vacunación frente a la COVID si se cumplían las sugerencias propuestas en el documento del Ministerio de Sanidad ‘Recomendaciones para utilizar con seguridad las vacunas frente a la COVID-19’, y así establecer las medidas de prevención necesarias para evitar posibles errores en el proceso de inmunización. Se habían elaborado documentos que daban respuesta a muchos de los puntos recomendados, pero eran extensos y poco ágiles para su consulta ante una duda durante el proceso de vacunación.

De igual forma, tras el comienzo en la vacunación se ha realizado un análisis reactivo ante los errores de medicación (EM) ocurridos en diferentes áreas sanitarias y comunicados en el sistema de notificación. Estos errores estaban principalmente relacionados con problemas de identificación del paciente y con la infradosificación y la sobredosificación

Propuestas de mejora, planes de acción: Con el objetivo de prevenir errores en el proceso de vacunación COVID se decidió elaborar unas Recomendaciones de Seguridad Generalizable (RSG) y diseñar infografías, con listados de verificación (LV), que facilitasen la información de una manera más resumida y visual a los profesionales implicados en el proceso y que estuviera disponible en las salas de vacunación.

Los errores notificados se analizaron de manera individual pero se decidió realizar un abordaje sistémico, elaborando una RSG, al ser muy similares las causas que los originaron

Resultados conseguidos: De forma proactiva se han redactado 3 RSG relacionadas con la seguridad en la vacunación: en el domicilio, con la vacuna de Pfizer y con la de AstraZeneca. En cada RSG se realizan recomendaciones para los 3 momentos del proceso de vacunación (antes, durante y tras la vacunación). También se han diseñado 2 infografías sobre la preparación y administración de cada vacuna que se está administrando en los CS y en los domicilios de los pacientes. En todos los documentos se recuerda la importancia de la notificación de posibles errores y las vías para comunicarlos.

Como medida de mejora ante los errores notificados se elaboró 1 RSG en la que se describen las posibles causas relacionadas con dichos errores y, se sugieren 10 medidas de actuación.

Las RSG y los LV se han difundido mediante reuniones con los responsables de SP y de vacunas de todos los centros de salud y mediante mail a todos los profesionales de la Gerencia. Todos los documentos elaborados están sujetos a su revisión y actualización continua y se han realizado varias versiones de 2 RSG

AUTORES: MAGAN TAPIA, PURI¹; AGUADO ARROYO, OSCAR²; ALCAZAR GONZALEZ, MARIA LUISA¹; DOMINGUEZ PEREZ, NURIA¹; CONEJOS MIQUEL, MARIA DOLORES¹; CAÑADA DORADO, ASUNCION¹

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION TECNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA. SERMAS¹, C.S.FRANCIA. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA. SERMAS²



ID: 91

[volver al índice](#)

TITULO: SIN FINANCIACION NO HAY ANTICOAGULACION

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 80 años, extranjera y con poco apoyo social. Tiene historia de infartos cerebrales de repetición y ha sido intervenida de valvulopatía con colocación de prótesis mecánica en 2006. En el año 2020 es reintervenida por disfunción de prótesis valvular y desde la unidad de Cardiología se decide cambiar la anticoagulación de Acenocumarol a ACOD.

Al alta el centro de salud no recibe noticia del ingreso de la paciente, siendo la familia la que acude a pedir el cambio a la nueva medicación, que no aparece en la receta electrónica. Desde el centro de salud no se puede acceder al informe de alta de Cardiología ni se puede contactar con la enfermera de continuidad asistencial. Durante tres meses la paciente se ha encontrado sin poder acceder a la anticoagulación que necesita.

Finalmente, tras acudir a la revisión de cardiología, donde obtiene el informe en papel, averiguamos que el nuevo fármaco no está incluido en financiación por lo que la paciente no se lo puede permitir. Se cambia de nuevo a la anticoagulación habitual.

Análisis realizado: Se analiza el incidente mediante el protocolo de Londres, identificando los siguientes problemas:

- No se filió la causa de los infartos cerebrales, lo cual dio lugar a que más tarde la paciente no tuviera acceso a la prestación que cubre parte del pago del medicamento.
- No se asegura la continuidad asistencial desde el hospital.
- No contamos con forma alguna de contactar con la enfermera de continuidad asistencial desde el centro de salud.
- No se incluye a la paciente en el protocolo de atención primaria para pacientes anticoagulados con ACOD.

Y los siguientes factores contribuyentes:

- Información sobre el paciente: Ausencia de datos en la HC.
- Comunicación entre profesionales: Inaccesible.
- Factores individuales de los profesionales: Situación pandemia Covid-19
- Barreras que dificultan la comunicación: Dificultad de la paciente con el idioma.
- Situación social: Apoyo familiar escaso.

Conclusiones / aprendizaje: Es importante velar por la resolución de los episodios abiertos en la historia clínica (infartos cerebrales sin filiar).

Es necesario reforzar la continuidad de cuidados en los hospitales para asegurar la coordinación entre niveles asistenciales. Con respecto a esto, podría ser una buena solución a este tipo de problemas disponer de un listado con los referentes de continuidad asistencial de cada hospital y la forma de contactar con ellos.



Es importante desde atención primaria conocer y cumplir los protocolos para prevenir e identificar cuanto antes los posibles incidentes de seguridad.

AUTORES: MESA CUEVAS, CANDELA¹; CATALINA HERNAN, RAQUEL¹; RIVERA ALVAREZ, ARACELI¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ABRANTES¹



ID: 92

[volver al índice](#)

TITULO: SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES 'NO HACER' EN LAS ULCERAS POR PRESION?

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 84 años ,institucionalizada, que avisan del centro sociosanitario donde se encuentra para cura de ulcera por presión en sacro de tres semanas de evolución.

Antecedentes Personales: Demencia, Enfermedad de Parkinson a tratamiento con L Dopa, IRC de años de evolución con un FG de 57 . No es diabética ni está inmunodeprimida .

Tras llamada de la enfermera del centro socio sanitario, por mal olor de la ulcera, se toma muestra de exudado y se envía a micro biología.

En la primera valoración, por enfermería del centro de salud, la paciente presenta una ulcera por presión en zona sacra, cavitada, de 3x3 cm con presencia de tejido esfacelado y necrótico, sin exudado, piel perilesional eritematosa y con aumento de temperatura sin signos de celulitis. Se realiza desbridamiento cortante y dados los signos de infección local, se aplica apósito antimicrobiano de plata.

El resultado del cultivo es positivo para Proteus y Pseudomona únicamente sensibles a Amikacina, se comenta con el servicio de Farmacia hospitalaria y se pauta 1 gr de amikacina intramuscular al día durante 7 días.

Análisis realizado: Las principales infecciones de piel en centros socio sanitarios son las UPP. Como consecuencia del resultado del antibiograma, tras cultivo superficial positivo, probablemente la muestra tomada sólo indica la colonización superficial de la úlcera, y sin que hubiera signos sistémicos de infección grave, se sometió a la paciente a un tratamiento con aminoglucósidos que tienen el potencial de inducir toxicidad auditiva, renal y bloqueo neuromuscular (en una paciente con Enfermedad de Parkinson) . Estas toxicidades se producen más frecuentemente en pacientes con insuficiencia renal.

Además hay que tener en cuenta que los pacientes deben ser bien hidratados durante el tratamiento y la función renal debe controlarse antes de comenzar el tratamiento y diariamente durante el mismo, en especial en pacientes de edad avanzada y con antecedentes de insuficiencia renal como en nuestro caso, algo difícil de asumir en nuestro ámbito de actuación.

Conclusiones / aprendizaje: La principales causas de uso inadecuado de antibióticos en los centros socio sanitarios son los tratamientos de las UPP por cultivos superficiales.

Siguiendo las recomendaciones de 'No Hacer':

No se deben realizar cultivos de ulcera de forma rutinaria y en el caso excepcional de solicitarlo, la muestra debe ser tomada por punción aspiración, siendo el desbridamiento el paso fundamental para impedir el paso de colonización a infección.

Solo se deben tratar con antibióticos sistémicos en caso de celulitis o signos de infección sistémica.

En caso de toma de muestra, no administrar antibióticos sistémicos basándose solo en los resultados de los cultivos sin evidencia clínica de infección.



AUTORES: PILLADO BASANTA, IVAN¹; GOYANES RIESGO, SONIA²; LECUMBERRI MUÑOZ, JAVIER¹; FERNANDEZ RIESGO, MAGALY³

CENTRO DE TRABAJO: CS NAVIA¹, CS. EL LLANO², FARMACIA COMUNITARIA³



ID: 93

[volver al índice](#)

TITULO: REEVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS REPERCUSIONES EN SITUACION DE PANDEMIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Describir la percepción que tienen 201 enfermeros de Atención Primaria (AP) sobre aspectos relacionados con la Cultura de Seguridad del paciente (S) y valorar la repercusión que podría tener en los usuarios que acuden al sistema sanitario público, así como los puntos fuerte y áreas de mejora.

Material y métodos: El cuestionario utilizado para llevar a cabo el estudio fue el denominado MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture), traducido, adaptado y validado para profesionales españoles de AP. A través del programa estadístico SPSS se calculó la media y el intervalo de confianza al 95% de los aspectos y dimensiones englobadas.

Resultados: Se aprecia una percepción positiva sobre el “trabajo en equipo”; sin embargo, existe una percepción negativa sobre la “comunicación sobre el error”, el “seguimiento de la atención a los pacientes”, la “comunicación franca” y el “ritmo y carga de trabajo”. La pandemia está incrementando el mayor número de pacientes asignados, desorganización y mala distribución del trabajo, que a veces se traduce en una atención inadecuada. Principales áreas clave señaladas para salvaguardar esta seguridad: realización de sesiones informativas y formativas sobre SP con instructores bien formados; mecanismos que incentiven al personal para sugerir ideas sobre cómo mejorar el desempeño de su trabajo, fomento de discusiones sobre incidentes de SP. Adecuados medios de comunicación y reacción para que el personal comprenda su contribución a la seguridad y sea animado a participar. Corresponsabilidad de los profesionales en el seguimiento de los pacientes; fomentar sesiones formativas de análisis de los incidentes (grupos focales y de expertos); promover unidades de valoración de riesgos y la presencia de un referente formado en el equipo al que dirigirse ante estas situaciones. A pacientes y cuidadores se les debe implicar en materia de seguridad, ofreciéndoles mensajes claros sobre cómo preservar su salud y actuar ante determinadas situaciones de enfermedad.

Discusión / conclusiones: A pesar de disponer de un sistema sanitario competente a nivel mundial, la llegada del coronavirus a nuestro país hace necesario reevaluar los aspectos que afectan a los profesionales sanitarios en esta crisis sociosanitaria creada por el coronavirus, para determinar los obstáculos y las condiciones de trabajo existentes, con el objetivo de reencontrarnos con una verdadera cultura de seguridad que preserve tanto al usuario como a los propios profesionales.

AUTORES: VEGA RAMIREZ, FRANCISCO ANTONIO¹; VALVERDE MARTINEZ, MA²; BENZO IGLESIAS, MJ²; MORALES GAZQUEZ, MJ³; ROCAMORA PEREZ, P²; LOPEZ LIRIA, R²

CENTRO DE TRABAJO: DISTRITO SANITARIO ALMERIA¹, UNIVERSIDAD DE ALMERIA², UNIVERSIDAD LAS PALMAS DE GRAN CANARIA³,



ID: 94

[volver al índice](#)

TITULO: RIESGO DE TENDENCIAS SUICIDAS CON ANTIDEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: El riesgo de tendencias suicidas asociado al uso de antidepresivos en niños y adolescentes ha sido motivo de estudio y discusión desde hace más de dos décadas, pero su consumo sigue en aumento. En 2018, aproximadamente un 0,3% de los menores de 18 años consumía algún antidepresivo en nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivo/s a conseguir: Clarificar el riesgo de problemas asociados al suicidio con el uso de antidepresivos en esta población y, en su caso, establecer medidas para minimizarlo.

Metodología a aplicar: Se llevó a cabo, en el marco de una comisión de Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica (MAPAC), una revisión sobre la evidencia disponible respecto a la potencial relación de los antidepresivos y el suicidio en niños y adolescentes. Se definió la siguiente pregunta de investigación: Población: niños y adolescentes con cualquier diagnóstico; Intervención: antidepresivos; Comparador: sin tratamiento farmacológico ± tratamiento no farmacológico; Variables de resultado: suicidio, intento autolítico, ideación suicida, tendencias suicidas, eventos adversos graves y abandonos por eventos adversos (tolerabilidad). Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en noviembre de 2020 en MedLine y The Cochrane Library. Se priorizó la existencia de revisiones sistemáticas que incluyeran ensayos clínicos aleatorizados y se amplió a ensayos clínicos individuales en caso necesario.

La revisión reveló que los antidepresivos podrían aumentar el riesgo de tendencias suicidas, especialmente en antidepresivos de nueva generación, pero no descartándose para otros grupos farmacológicos. Este aumento se debe especialmente al aumento de ideación suicida, no habiéndose encontrado en los ensayos clínicos casos de suicidios ni diferencias estadísticamente significativas en los intentos autolíticos, aunque los estudios observacionales indican también un mayor riesgo de estos eventos. La venlafaxina parece ser el fármaco con un mayor riesgo de tendencias suicidas. También hay evidencia de un aumento del riesgo de eventos adversos graves y abandonos por eventos adversos, en comparación con placebo.

Para minimizar este riesgo, se propone implantar medidas para subrayar los problemas de seguridad del uso de antidepresivos en niños y adolescentes mediante la introducción de alertas en el Sistema de Ayuda a la Toma de Decisiones Farmacoterapéuticas y promover la monitorización de eventos adversos. Se mostrarán de dos formas: 1) en el momento de la prescripción al cumplirse las condiciones especificadas y 2) recogida en el conjunto de alertas del paciente (el profesional sanitario ha de seleccionar su visualización). Las condiciones serán: paciente ≥ 19 años y prescripción de antidepresivo.

Resultados esperables: Se espera sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre el riesgo del uso de antidepresivos en niños y adolescentes, frenar la tendencia creciente de consumo de antidepresivos en esta población y recordar las precauciones a seguir en caso de utilización.

AUTORES: GUTIERREZ VALENCIA, MARTA¹; LEACHE ALEGRIA, LEIRE¹; SAIZ FERNANDEZ, LUIS CARLOS¹; CELAYA LECEA, MARIA CONCEPCION¹; ERVITI LOPEZ, JUAN²

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO NAVARRO DE SALUD¹, THERAPEUTICS INITIATIVE; DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY, PHARMACEUTICALS AND THERAPEUTICS; UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA. VANCOUVER, CANADA²



ID: 95

[volver al índice](#)

TITULO: COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN LA COXARTROSIS

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Determinar las características demográficas, clínicas y asistenciales de los pacientes con coxartrosis derivados al servicio de fisioterapia en diferentes comunidades de España. Conocer la repercusión y el desarrollo de las intervenciones en temas de independencia funcional, calidad de vida y satisfacción del paciente.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal que engloba la atención domiciliaria de más de 1000 pacientes de las comunidades de Andalucía, Cataluña, Asturias, Madrid, Castilla y León y Baleares. Se utilizaron diferentes cuestionarios (escala EVA, Índice de Barthel, Grado de Satisfacción del paciente) así como el índice de Heinemann para valorar el coste-efectividad. Se plantean objetivos y un tratamiento de rehabilitación domiciliaria basado en técnicas que buscan un mantenimiento o mejora de la movilidad y del balance muscular, una elongación de la musculatura acortada y una disminución del dolor.

Resultados: Se trataron más de 1000 pacientes con artroplastia total de cadera, en tratamiento domiciliar y ambulatorio. Los objetivos y las técnicas de tratamiento planteados permiten al paciente familiarizarse con ellos y experimentar respuestas más favorables en su recuperación. La implicación de la familia y/o cuidadores en el proceso permite construir una red solidaria y eficaz de atención sanitaria mediante un trabajo de acción-cooperación. En relación al coste-efectividad, la rehabilitación domiciliaria tiene un valor incuestionable y de alta calidad asistencial para el sistema sanitario.

Discusión / conclusiones: Este estudio contribuye a la comprensión de mejores prácticas asistenciales para los pacientes crónicos que reciben atención domiciliaria, una forma de tratamiento que con la llegada de la pandemia ha cogido más fuerza en el entorno sanitario. La rehabilitación domiciliaria responde a la necesidad de proporcionar una asistencia más personalizada y adaptada a las necesidades del paciente, considerando el entorno y la implicación de familiares y cuidadores en el proceso de recuperación. Aunque los resultados de recuperación funcional del paciente en el hospital o en el domicilio son similares en este estudio, la rehabilitación domiciliaria aporta un valor extra al tener en cuenta la adaptación del entorno y la educación sanitaria. La gran mayoría de enfermedades crónicas, como la artrosis, siguen presentes a diario en las consultas por lo que no deben quedar en el olvido ya que conllevan una pérdida de independencia funcional y de calidad de vida así como un aumento en el riesgo de incidentes. Esto supone un aumento en la utilización de los servicios sanitarios que se han visto saturados en los últimos tiempos. Es por ello que los programas de atención domiciliaria se han convertido en herramientas útiles y efectivas para la gestión de los cuidados del paciente crónico.

AUTORES: LOPEZ LIRIA, REMEDIOS¹; VALVERDE MARTINEZ, MA¹; VEGA RAMIREZ, FA²; BENZO IGLESIAS, MJ¹; MORALES GAZQUEZ, MJ³; ROCAMORA PEREZ, P¹

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERIA¹, DISTRITO SANITARIO PONIENTE², HOSPITAL DEL PONIENTE³,



ID: 96

[volver al índice](#)

TÍTULO: ¿QUE RIESGOS ESCONDE LA ATENCION SANITARIA DOMICILIARIA? UNA INMERSION EN SUS ORIGENES, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La atención a domicilio tiene una serie de particularidades, principalmente logísticas, que implican riesgos adicionales y diferentes a los asociados a la atención en consulta.

Un análisis de los incidentes de seguridad notificados en nuestra comunidad indica que el 10% de los IS y el 2% de los EM ocurren en el domicilio del paciente.

A pesar de esta magnitud, nuestra comunidad no dispone de un mapa que identifique los riesgos previsibles inherentes a la actividad sanitaria en este ámbito, sus causas y las posibles barreras y áreas de mejora. Desconocemos dónde se encuentran las amenazas y peligros de este tipo de asistencia.

La irrupción de la COVID-19 probablemente haya incrementado los riesgos previos a la pandemia.

Objetivo/s a conseguir: GENERAL Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en Atención Primaria de nuestra comunidad tras la epidemia de COVID-19.

ESPECÍFICOS

- Elaborar el mapa de riesgos de la atención domiciliaria en la situación actual, incluyendo los nuevos procesos de riesgo para la seguridad de los pacientes originados por la COVID19.
- Desarrollar recomendaciones dirigidas a los profesionales asistenciales para minimizar o eliminar los riesgos detectados.

Metodología a aplicar: Un grupo de trabajo coordinado por dos técnicos de calidad y un farmacéutico e integrado por médicos de familia, enfermeros y un técnico de sistemas, realizan los siguientes pasos:

- 1 Diagramar todas las fases del proceso de atención domiciliaria tanto COVID como NO COVID
- 2 Definir la ficha del proceso con sus entradas, salidas y límites
- 3 Aplicar la metodología AMFE para identificar los posibles modos de fallo, sus causas y sus efectos
- 4 Puntuarlos según su gravedad, ocurrencia y detectabilidad.
- 5 Seleccionar los riesgos según el índice de priorización del riesgo (creación del mapa de riesgos)
- 6 Evaluar y aplicar un tratamiento a los riesgos priorizados
- 7 Elaborar recomendaciones de seguridad dirigidas a los profesionales

Resultados esperables: Se detectan 114 posibles modos de fallo en las 21 etapas del proceso identificadas.



Los riesgos priorizados se encuentran principalmente en las etapas de información al paciente (sobre signos de alarma, no dejar registro escrito y no asegurar la comprensión), en la de registro de la información tras la realización del aviso, en la fase de planificación previa de necesidades y en la de identificación del paciente.

Las causas que más se repiten en los fallos priorizados son las prisas u olvidos, la ausencia de protocolos y procedimientos, las interrupciones en alguna fase del proceso, la ausencia de TIC en el domicilio, los problemas con los canales de comunicación y no volver al centro tras la realización del aviso.

En cuanto a los riesgos propios de la atención COVID, destacan los fallos en la valoración del riesgo COVID previo al aviso, en la gestión de residuos y en las medidas de protección de los profesionales.

Es esperable que, una vez identificadas las causas, las recomendaciones que estamos elaborando reduzcan de manera considerable los riesgos identificados.

AUTORES: CONEJOS MIQUEL, MARIA DOLORES¹; ALCAZAR GONZALEZ, M¹; SANZ PECES, EM²; RUA SANZ, S³; VALLARIN GONZALEZ, A⁴; LUACES GAYAN, PA⁵

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA- DIRECCION TECNICA DE PROCESOS Y CALIDAD¹, GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA- ESAPD REYES CATOLICOS², GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA- GERENCIA DE PROCESOS ASISTENCIALES³, GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA- DIRECCION ASISTENCIAL SUR⁴, GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA- CENTRO DE SALUD⁵



ID: 97

[volver al índice](#)

TITULO: SOBRE PRESCRIPCIÓN DE CORTICOIDES INHALADOS EN EPOC LEVE

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Una sobre prescripción de corticoides en epoc leves, que supone un aumento de efectos secundarios ya que no se ha demostrado ser un tratamiento beneficioso para dicho grupo de pacientes. También supone un coste añadido el hecho de prescribir tratamiento innecesario.

Objetivo/s a conseguir: Mejorar la indicación en la prescripción de corticoides inhalados EPOC

Actualizar los diagnósticos y grado de los pacientes EPOC

Metodología a aplicar: Se realizó un análisis Ishikawa para el análisis del problema y para PROPUESTA MEJORA: CAUSAS EXTERNAS:

Influencia de los laboratorios, guías de no rigurosas, prescripción inducida.

Solución:

Recordatorio de guías oficiales y

Coordinación AP y especializada

PROFESIONALES:

Desconocimiento de la patología, falta formación, Complacencia con el paciente, Desmotivación, falta de registro, falta de la auto gestión de la demanda

Solución:

Formación, habilidades en entrevista y comunicación y en la gestión del tiempo y

Cursos de motivación

PACIENTE:

Desconocimiento, falta de educación sanitaria.

Solución:

Charlas orientadas a pacientes crónicos. blog para transmitir la información, Educación sanitaria con pacientes expertos.

ORGANIZACIÓN:

Ausencia de indicadores sintéticos, Sobrecarga asistencial.

Solución:

Indicador sintético grado epoc y tratamiento, Gestión de agendas.

Se revisaron las historias clínicas de nuestros pacientes epoc, Se recogieron datos en una hoja de cálculo.



PLAN DE ACCIÓN

Se realizó: una Sesión EPOC a través meet .

Publicación blog de nuestro cap.

Sesión para unificar Educación sanitaria de estos pacientes y el papel del médico y enfermería con meet.

Resultados esperables: Resultados

INDICADOR principal: Porcentaje de pacientes EPOC leve con corticoides inhalados

SITUACIÓN BASAL final 2019 : un 21,9% de los pacientes diagnosticados de EPOC leve tienen pautados corticoides inhalados

SITUACIÓN POST-INTERVENCIÓN final 2020: Tras revisión : no hubo mejoría.

INDICADOR secundario Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC con estadificación correcta

BASAL: Un 23,40% están correctamente clasificados y POST-INTERVENCIÓN:

discreta mejoría ya que un 29,22% de los pacientes EPOC están correctamente

CONCLUSIONES

Tras observar los resultados obtenidos podemos concluir que los resultados no han sido favorables debido a ciertas limitaciones. Por un lado, la situación actual de pandemia que impide la realización de espirometrías y por tanto la dificultad a la hora de clasificar y tratar correctamente a nuestros pacientes. Por otro lado, la sobrecarga asistencial actual en dificulta la revisión de EPOC.

Sin embargo, se han encontrado nuevas formas para realizar espirometrías adaptados a la situación actual de pandemia y por tanto esperamos que estos resultados puedan mejorar en un futuro próximo.

Así mismo consideramos que sería útil incluir un indicador sintético que asociara la prescripción de corticoides inhalados según el grado de EPOC ya que permitiría una información al día de sobre prescripción y poder así corregirla.

AUTORES: NACHER ORDOÑEZ, F¹; ESCAMILLA MUÑOZ, L¹; ORTEGA MENDIBLE, N¹; SANCHO GIL, L¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP SARRO ROSET¹



ID: 98

[volver al índice](#)

TITULO: LOS CHECKLIST COMO HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD EN TIEMPO DE PANDEMIA

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La pandemia por el virus SARS-COV-2 ha supuesto una prueba de fuego para la seguridad en los Centros de Salud (CS)

Análisis: La incertidumbre, el desconocimiento de la enfermedad y su manejo, la escasez de Equipos de Protección Individual (EPI), las bajas de los trabajadores...se añadieron al reto de:

- Evitar la generación de riesgos de propagación de infección durante la atención, tanto en usuarios como en profesionales
- Asegurar la protección de los trabajadores mediante la suficiente dotación de EPI
- Gestionar con eficacia y eficiencia
- Implicar al equipo y proporcionar información veraz y actualizada

La herramienta de listados de verificación o checklist se ha demostrado efectiva para evaluar de forma sistemática el estado de aquello que se somete a control.

Es segura, fiable y consigue estandarizar las acciones a realizar, evitando errores organizativos, de comunicación y olvidos.

Por ello la elegimos para asegurar que los materiales necesarios para dar una atención libre de riesgos estarían a disposición en cantidad suficiente, en el lugar e instalación pertinentes, y que serían puntualmente repuestos.

Propuestas de mejora, planes de acción: La comisión de seguimiento COVID del CS, para asegurar el éxito de estas medidas, nombró como responsable a una enfermera con experiencia en circuitos de atención seguros, como son los quirófanos.

Definimos los 4 procesos a los que aplicaríamos checklist:

ATENCIÓN AL PACIENTE SOSPECHOSO DE INFECCIÓN EN ZONA DE RESPIRATORIO

- Dotación y ubicación de material en consultas y sala de espera, circuitos de tránsito, criterios de limpieza y desinfección
- Frecuencia y equipos a verificar
- Quién realiza cada tarea
- Difusión de medidas

ATENCIÓN COVID DOMICILIARIA

- Listado de materiales necesarios para la atención a domicilio, preparación en bolsas y ubicación
- Frecuencia de verificación
- Información y opinión del equipo



ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- Listado de material y medicación necesaria atendiendo al protocolo recibido
- Preparación de bolsa con el material y documentación necesaria para facilitar el proceso a profesionales y familiares
- Responsable: enfermeras de la comisión de farmacia
- Difusión del protocolo

DOTACIÓN Y ALMACENAJE

La comisión COVID planifica y consensua con la TCAE:

- Ubicación del almacén COVID y stockage
- Ubicación de la zona de provisión diaria: sala de urgencias
- Dotación y reposición, según método Lean

Resultados conseguidos: Hemos atendido a 1.500 pacientes en la zona de aislamiento durante la primera ola, sin incidentes de seguridad de profesionales ni de usuarios.

Se ha realizado correcta y puntualmente el checklist de material de la zona de respiratorio.

La verificación diaria de las bolsas de domicilio permitieron detectar y corregir fallos o añadir material tras consensuar con los profesionales.

No hemos tenido problemas de medicación en la atención paliativa.

Hemos dispuesto durante toda la pandemia de EPI suficientes, debido a la buena gestión de los pedidos.

La implicación del equipo ha facilitado la seguridad de los procesos.

AUTORES: GOMEZ HONORATO, ROSA MARIA¹; GIRALDEZ ALONSO, MARIA ISABEL¹; GARCIA VALENZUELA, MERCEDES RAQUEL¹; VALDES BAUTISTA, MARGARITA¹; SAN MARTIN VELASCO, ANA ISABEL¹; DURAN GRACIA, CARMEN¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA¹



ID: 99

[volver al índice](#)

TITULO: EFECTO DE LA 'TRIPLE WHAMMY' EN LA HOSPITALIZACIÓN POR FALLO RENAL AGUDO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: El término “triple whammy” (TW) comprende el empleo simultáneo de diuréticos, inhibidores del sistema renina angiotensina [inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II)], y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o metamizol. El uso combinado de estos fármacos se ha correlacionado con un aumento de la incidencia de fallo renal agudo (FRA).

Objetivo/s a conseguir: Analizar la incidencia de hospitalización por FRA en pacientes tratados con la combinación TW frente a la no exposición a dicha combinación, a partir de una base de datos poblacional de ámbito nacional. Adicionalmente, se analizarán: 1) la hospitalización por FRA en función del momento de la exposición a TW y de su duración, y dependiendo de si la TW incluye AINE o metamizol; 2) la mortalidad; y 3) el requerimiento de terapia de reemplazo renal.

Metodología a aplicar: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte extraída de la Base de Datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP). Dicha base es gestionada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) e incluye información clínica de más de 13 millones de pacientes.

El primer evento de hospitalización por FRA constituye el evento principal (fecha índice). Las hospitalizaciones por FRA se identificarán a través de los códigos CIE-9 y CIE-10 del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), y deberán corresponder a un diagnóstico principal o secundario. Se utilizarán los datos de las Comunidades Autónomas para las que se disponga de información sobre CMBD para las fechas establecidas.

Los adultos con hospitalización por FRA entre 2010-2018 y que cuenten al menos con un año de seguimiento previo a su entrada en la cohorte se considerarán casos, y serán validados antes del análisis. Cada caso se emparejará con hasta 10 controles de acuerdo a la edad, sexo y año-calendario. Los controles no presentarán hospitalización por FRA en la fecha índice correspondiente a su caso, y deberán contar con al menos un año de seguimiento previo a la entrada en la cohorte. Los sujetos se seguirán hasta la fecha índice, la aparición de cáncer, muerte, pérdida del seguimiento o hasta la finalización del periodo de estudio (lo que acontezca primero).

La asociación entre la exposición a TW y las variables de resultado se analizará mediante modelos de regresión logística ajustados por potenciales factores de confusión. Se evaluará la variable principal en el subgrupo de mayores de 75 años. El estudio cuenta con el dictamen favorable del Comité Científico de BIFAP y del Comité de Ética correspondiente.

Resultados esperables: El estudio pretende generar una nueva evidencia sobre la seguridad de la combinación TW basada en población representativa de nuestro entorno, con el fin de optimizar el manejo terapéutico de los pacientes. Su planteamiento va a permitir contar con un tamaño muestral significativamente superior al de estudios previos, ya que incluirá datos provenientes de distintas comunidades autónomas.



AUTORES: LEACHE ALEGRIA, LEIRE¹; GUTIERREZ-VALENCIA, MARTA¹; CELAYA LECEA, M^a CONCEPCION²; CALVO BARBADO, DULCE MARIA³; SAIZ FERNANDEZ, LUIS CARLOS¹; ERVITI LOPEZ, JUAN⁴

CENTRO DE TRABAJO: SECCION DE INNOVACION Y ORGANIZACION. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA¹, SUBDIRECCION DE FARMACIA Y PRESTACIONES. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA², UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. OBLIKUE CONSULTING³, UNIVERSIDAD DE BRITISH COLUMBIA⁴



ID: 100

[volver al índice](#)

TITULO: CREANDO ESCENARIOS LIBRES DE SUJECIONES

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Toda decisión clínica conlleva simultáneamente beneficios y perjuicios. La prevención cuaternaria se basa en este hecho y en el uso creciente de actividades sanitarias caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y por la sospecha de posibles beneficios para quienes promueven su uso (excesos asistenciales).

La aplicación de medidas de sujeción parece responder en muchos casos a la conveniencia de terceros. Sin embargo, las sujeciones no previenen, no curan, no ayudan a un diagnóstico, no son terapéuticas, quitan capacidad y son causa de graves complicaciones.

“Centro Libre de Sujeciones” es un centro en el que no se utiliza ningún tipo de sujeción física. El nuestro, monográfico en demencias, se propuso eliminarlas. Para ello recurrió a un programa externo, el “Programa Desatar”, que promueve la tolerancia cero para dichas sujeciones.

Objetivo/s a conseguir:

1. Establecer política institucional sobre el 'no uso' de sujeciones respetando la dignidad, libertad y autonomía como derecho de la persona
2. Disminuir el número de caídas
3. Mejorar el abordaje de los síntomas psicoconductuales sin necesidad de incrementar el uso de psicofármacos
4. Mejorar el empoderamiento de las familias

Metodología a aplicar: Abril 2018:

1. Diagnóstico preliminar del Centro: Censo de residentes y estadísticas de caídas
2. Formación del personal. Trabajo en equipo interdisciplinar
3. Establecimiento de un plan de trabajo
4. Adecuación del espacio habitacional (sensor de movimiento nocturno, incorporadores o medias barandillas, camas cota cero, suelo acolchado en 4 habitaciones, acolchado de zonas con bordes contusos, iluminación nocturna, ...) y del espacio residencial (circuito de deambulación, suelo acolchado en zona de estancia de pacientes no deambulantes, sillones ergonómicos, ..)
5. Identificación de los residentes 'caedores de repetición' y promoción del uso de brazaletes identificadores, protectores cefálicos y de caderas.
6. Medidas sobre el personal: presencia de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) en lugares de estancia de residentes, interiorización y normalización de la vida nocturna, no rotación de TCAEs con una atención directa al mismo grupo de residentes.



7. Diagnóstico de deficiencias de seguridad pasiva y propuesta de soluciones
8. Análisis urgente ante cualquier evento centinela
9. Protocolo de uso de barandillas
10. Política de uso de silla de sillas de ruedas
11. Análisis de resultados
12. Consolidación del proyecto: Centro Libre de sujeciones

Resultados esperables: La experiencia ha sido totalmente positiva consiguiendo desde el inicio hasta la actualidad, la eliminación completa del uso de sujeciones como objetivo principal del proyecto. Tras 2 años siendo centro libre de sujeciones, y sin necesidad de incrementar el uso de psicofármacos, no se ha observado un aumento en el número de caídas ni en el número de fracturas de caderas y sí, una disminución en el número de úlceras por presión. Además, ha mejorado el clima laboral y se han reducido los accidentes laborales.

AUTORES: DOMINGUEZ DOMINGO, MARIA DE LOS ANGELES¹; RODRIGUEZ BARQUERO, M JOSE¹; CALERO BLANCO, GERTRUDIS¹; TORRES FERNANDEZ, CARLOTA¹; PEINADO CLEMENS, ROSARIO²

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO RESIDENCIAL EL VALLE (MONTIJO)¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO BADAJOZ²



ID: 102

[volver al índice](#)

TITULO: ADAPTANDO EL CENTRO DE SALUD PARA LA SEGURIDAD EN PANDEMIA.

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La pandemia de SARS-COV-2 ha supuesto un peligro para la seguridad de pacientes y profesionales de Atención Primaria y un reto para la organización de la atención en los Centros de Salud.

Con el inicio del estado de alarma, nos planteamos el reto de dar una atención segura a nuestra población de referencia, evitando el riesgo de contagio y protegiendo la salud de los y las trabajadoras del Centro.

Análisis: La epidemia por el virus de la Gripe A-H1N1 en 2009 supuso nuestro primer contacto con un peligro real de pandemia. Para afrontarla y prevenirla realizamos entonces unos cambios estructurales que nos permitieron superarla con buenos resultados.

Gracias a los protocolos puestos en marcha cuando aparecieron los casos de ébola, aprendimos y practicamos la protección con EPIS.

Cuando el estado de alarma fue inminente, surgió la necesidad de crear una Comisión de Seguimiento para llevar a cabo los cambios necesarios, liderada por la directora del Centro y compuesta por miembros del equipo directivo, la Comisión de Calidad y Seguridad y otros profesionales implicados.

Propuestas de mejora, planes de acción: Los objetivos de trabajo fueron:

-Diseñar las estrategias y cambios estructurales necesarios para asegurar la atención a la población y el aislamiento de los pacientes con sospecha de infección.

-Organizar el dispositivo de cribado de pacientes que acudan al centro con síntomas respiratorios.

-Mantener informados a usuarios y a trabajadores, teniendo en cuenta sus necesidades.

Para ello esta comisión se reunía periódicamente para la revisión de los procesos y la incorporación de nuevas estrategias:

-Establecer el área de aislamiento y los circuitos de acceso de los pacientes con síntomas respiratorios

-Reorganizar la atención creando agendas específicas definiendo el trabajo a realizar: atención COVID/ atención resto de procesos, tanto en consulta como en domicilio.

-Garantizar la dotación de materiales necesarios tanto para la atención como para la protección (EPI) y su correcto manejo. Verificación sistematizada mediante checklist

-Definir los puestos de trabajo adaptados a la situación epidemiológica

-Tratar la información proporcionada por las autoridades sanitarias

-Proporcionar información/formación al equipo y difusión a la población tanto de las medidas para combatir la pandemia, como del funcionamiento y accesibilidad al centro de salud

Resultados conseguidos: Durante la primera ola se prestó atención a 2500 pacientes con sospecha COVID en una zona estanca con acceso directo desde el exterior, a cargo de profesionales definidos.



Mantenimiento de la longitudinalidad a todos los pacientes.

Protección de los trabajadores, dotados de EPI y disponiendo de los medios necesarios, aunque cabe señalar la insuficiencia de líneas telefónicas y de recursos humanos de refuerzo.

Recopilación de la información en archivo del centro. Difusión a la población mediante Twitter.

Hemos prestado atención durante la primera ola a 60.000 motivos de consulta y 1.400 visitas domiciliarias.

AUTORES: GOMEZ HONORATO, ROSA MARIA¹; GARCIA VALENZUELA, MERCEDES RAQUEL¹; SOLANO RAMOS, VICENTE¹; GIRALDEZ ALONSO, MARIA ISABEL¹; MARTINEZ LOPEZ, ANTONIO LUIS¹; VALDES BAUTISTA, MARGARITA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA¹



ID: 103

[volver al índice](#)

TITULO: CASOS QUE ENSEÑAN: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DE UPP EN ATENCIÓN PRIMARIA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 moderadamente controlados de manera farmacológica, obesa y con un estilo de vida sedentario. En su historia clínica consta un índice de Barthel de 60, dependencia leve para las ABVD, realizado hace un año. Vive con sus tres hijos de manera alterna cada seis meses. Actualmente, acaba de trasladarse a la vivienda del hijo que se encuentra en nuestra Zona de Salud. Este nos llama para que la enfermera realice una visita al domicilio porque refiere haberle encontrado unas “heridas” en las nalgas.

Tras realizar una entrevista un poco más en profundidad, nos cuenta que en el anterior domicilio, la mujer sufrió una caída que ha provocado que pase mucho tiempo en la cama, de la que solo sale para ir al baño y con ayuda de un andador. Nos comenta que en el anterior Centro de Salud iba una enfermera a casa y le ponían parches en las heridas.

En la visita, se objetivan dos úlceras por decúbito de grado 2 en la región sacra y zonas enrojecidas en ambos talones. Se curan las úlceras por presión y se explica al hijo la importancia de la movilización del paciente, los cambios posturales y se planifican nuevas visitas.

Análisis realizado: Analizando el caso observamos varios factores que han predisuesto el empeoramiento de la situación.

Es fundamental realizar una prevención de las caídas por su frecuencia y por las graves consecuencias que puede ocasionar. Podemos suponer que en este caso no se ha realizado adecuadamente, al no encontrar registro de ello en su historia clínica y al no ver cumplimentada la escala de riesgo de caídas.

Deducimos fácilmente que las lesiones han sido provocadas por el déficit de movilidad y permanencia en cama debido a la caída en su domicilio. Tras este cambio en las condiciones de la paciente, se hubiera precisado una reevaluación y cumplimentación del índice de Barthel, el cual no vemos actualizado tras la caída en su historia clínica.

Por otra parte, no nos es útil únicamente tratar las úlceras por presión una vez producidas, se considera que la forma más efectiva de enfrentarse a las lesiones por presión es la prevención. Hubiera sido correcto cumplimentar una escala de evaluación del riesgo, como la escala de Norton, que valora el riesgo de úlceras por presión, indicado en este tipo de pacientes. También se deberían haber realizado cambios posturales, cuidado las superficies de apoyo y administrado suplementos nutricionales entre otros para la prevención de estas úlceras.

Conclusiones / aprendizaje: El profesional sanitario de atención primaria debe adoptar siempre un nivel mínimo de cuidados preventivos al paciente. La prevención de las caídas y de las úlceras por presión disminuyen notablemente el riesgo de su existencia y por tanto las complicaciones que pueden arrastrar consigo como dolores intensos, infecciones y limitación física.

Ante un paciente de edad avanzada, enfermería debe actuar primando la prevención y la reevaluación de su situación, tanto física como cognitivamente.



AUTORES: GRANDE ALTABLE, CRISTINA¹; MUÑOZ SANCHEZ, EDUARDO²; PASTOR LEBRERO, MARIA³; GUIJARRO MIRAVALLS, CARLOS⁴; GUTIERREZ REDONDO, JAVIER⁵; DIEZ GIL, AARON⁶

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD CASA DEL BARCO (ASVAO)¹, CENTRO DE SALUD HUERTA DEL REY (ASVAO)², CENTRO DE SALUD PARQUESOL (ASVAO)³, CENTRO DE SALUD COVARESA-PARQUE ALAMEDA (ASVAO)⁴, CENTRO DE SALUD PLAZA DEL EJERCITO (ASVAO)⁵, CENTRO DE SALUD ARTURO EYRIES (ASVAO)⁶



ID: 104

[volver al índice](#)

TITULO: ERROR EN LA INTERPRETACION DE RESULTADOS

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Un médico de familia (MF) está atendiendo la consulta de urgencias del Centro de Salud, al inicio de su actividad, como es habitual, revisa las alertas de los resultados de la consulta que está sustituyendo. En la hoja de alertas, hay una referente a un cultivo uretral positivo, no se puede abrir el PDF por lo que entra en la historia clínica dónde ve un mensaje que se genera de forma automática en una sola línea "cultivo uretral:positivo;neisseria gonorrhoeae:cultivo exudadouretral:negativo;". Interpreta como resultado resultado positivo para n gonorrhoeae. El paciente se encontraba en el centro en ese momento para realizar una extracción sanguínea, por lo que se localiza al paciente, se le informa de los resultados y se le administra la medicación pertinente.

El MF sigue atendiendo los pacientes de la consulta de urgencia, a los 30 minutos aproximadamente, revisa la historia clínica para hacer la declaración obligatoria, en esta ocasión se puede abrir el PDF de los resultados, donde se ve: "Muestra: exudado uretral"; " Cultivo aeróbico: positivo.Candida glabrata" y "Cultivo de neisseria: negativo".

Al darse cuenta del error, contacta con el paciente, se informa del error y se piden disculpas.

Se adecúa el tratamiento y se comunica el error a los responsables del centro.

Análisis realizado: Análisis causa efecto de Ishikawa

Se han encontrado afectados los siguientes factores:

Factores de comunicación: mensaje de generación automática susceptible de ser malinterpretado; Equipamiento: fallos informáticos ocasionales que no permiten abrir documentos para ser visualizados.

Factores individuales: exceso de confianza; precipitación en la actuación; estrés.

Condiciones de trabajo: carga de trabajo; Listas de espera, demora para ser atendido la consulta habitual.

Organizativas: reorganización de consultas para poder atender pacientes COVID

Conclusiones / aprendizaje: La presión asistencial en los centros de salud es generalizada y ha empeorado con la pandemia El estrés que sufren los profesionales genera, en ocasiones, precipitación en determinadas actuaciones que pueden llevar a errores.

Son necesarios espacios para poder reflexionar e insistir en mantener la sistemática de las actuaciones.

AUTORES: CALVET JUNOY, SILVIA¹; GIRALT HERNANDO, ADRIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LA MINA¹



ID: 105

[volver al índice](#)

TITULO: COVID 19: UN NUEVO ESCENARIO, UN NUEVO MAPA DE RIESGOS

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La pandemia de COVID-19 ha supuesto la aparición de nuevos procesos asistenciales en Atención Primaria (AP) y ha cambiado los existentes, tanto en la forma de acceso a la atención como en los pasos, la prestación de los servicios y la continuidad de cuidados.

La incertidumbre en este nuevo escenario y lo cambiante que resulta hacen necesario un análisis desde la perspectiva de la seguridad del paciente (SP) y la gestión de los nuevos riesgos.

Objetivo/s a conseguir: Obj. general:

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP en el nuevo escenario originado por la COVID-19

Obj. específicos:

- Elaborar el Mapa de Riesgos (MP) de AP en la situación actual analizando los nuevos procesos y los nuevos riesgos en los procesos habituales.
- Elaborar recomendaciones con medidas a implantar que ayuden a los profesionales a abordar con mayor seguridad los procesos de atención actuales.

Metodología a aplicar: Se crean grupos de trabajo multidisciplinares coordinados por profesionales de la subcomisión de SP de la gerencia, y formados por miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos: médicos, pediatras, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería y administrativos.

Se establecen los siguientes pasos para desarrollar el proyecto:

1. Actualización del Mapa de Procesos de los CS
2. Identificación de los procesos de riesgo
3. Elaboración del flujograma de los procesos identificados
4. Aplicación de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) a cada proceso
5. Priorización de los modos de fallo detectados según puntuación del Índice de Priorización del Riesgo (IPR) y elaboración de la Matriz de Priorización del Riesgo (MPR)
6. Evaluación de los riesgos priorizados y selección de sus causas abordables
7. Elaboración de recomendaciones de seguridad (RS) dirigidas a los profesionales para minimizar los riesgos

Resultados esperables: Los procesos seleccionados para el análisis de riesgos han sido:

- Nueva gestión del acceso



- Atención (At.) por consulta telefónica
- At. por consulta telemática
- At. en consulta presencial a pacientes (pac.) COVID
- At. en consulta presencial a pac. No COVID
- At. domiciliaria a pac. COVID
- Atención domiciliaria a pac. No COVID

Se realizan 11 AMFE, ya que en algunos procesos de consulta se separa la at.de enfermería y de medicina por considerarse sus riesgos diferentes.

Se han analizado los riesgos y priorizado los posibles fallos transformándose su IPR según los criterios de la MPR en riesgos importantes, apreciables y marginales. No se identifican riesgos muy graves. Se han incluido en el MR para su abordaje todos los riesgos importantes y de los apreciables aquellos con fácil solución.

Se han seleccionado las causas abordables y en estos momentos se están consensuando las posibles medidas teniendo en cuenta la factibilidad de su implantación. Como resultado se elaborará un documento de RS que ayude a los profesionales a minimizar el riesgo en el nuevo escenario de prestación de servicios en AP.

En el momento de celebrarse la jornada se dispondrá de resultados.

AUTORES: MARTINEZ PATIÑO, M^a DOLORES¹; CAÑADA DORADO, ASUNCION¹; GARCIA BERGON, MONICA²; MAGAN TAPIA, PURIFICACION¹; MEDIAVILLA HERRERA, INMACULADA¹; MARTINEZ MACHUCA, SONIA¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA, SERMAS¹, SHAM ESPAÑA²



ID: 106

[volver al índice](#)

TITULO: ESTRATEGIA PARA EVITAR CONTAGIO POR COVID EN LA ATENCION DOMICILIARIA

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Durante el estado de alarma por la pandemia Sars-Cov2 en nuestro municipio se aplicó un plan de contingencia sin precedentes concentrando la actividad presencial en un equipo y la atención domiciliaria en otro. Se redistribuyeron profesionales para dar soporte a otros dispositivos del territorio (hospitales y servicios de urgencias)

En el contexto de pandemia los usuarios incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) son uno de los grupos de mayor vulnerabilidad por la elevada comorbilidad, edad avanzada y peor pronóstico en caso de contagio, por lo que es necesaria una estrategia específica

En junio 2020 finaliza el plan de contingencia y hemos de asumir la atención domiciliaria, aguda y crónica.

Análisis: Dada la situación de pandemia al diseñar el proyecto se tuvo en cuenta que el estado de alarma y la disminución de la actividad en general hizo que aumentara el volumen de usuarios incluidos en el programa ATDOM.

La prevención de contagio por Sars-Cov2 era una de las prioridades del equipo, cómo gestionar pacientes positivos en el domicilio. Por este motivo era necesario modificar la manera de intervenir pre-pandemia para garantizar:

- Prevención contagio
- Calidad asistencial

Propuestas de mejora, planes de acción: - Soporte del experto en heridas de nuestra gerencia, trabajando con un enfoque basado en evidencia científica y no en experiencias particulares de los profesionales. Esta experiencia impactó en el uso racional de apósitos y material de curas según las especificaciones de cada producto.

- Crear equipo de atención domiciliaria con dos enfermeras para atender a la población ATDOM del equipo, en el futuro se les asignará como cupo. Estos profesionales realizan la atención conjunta en horario de mañana.
- Empoderar a las familias y cuidadores en el cuidado del paciente ATDOM así como disminuir la variabilidad en tratamientos e intervenciones que evidenciaban un aumento en el tiempo de curación. Los pacientes o familiares pueden enviar fotos (de alta resolución) para evaluar nuevas lesiones y evolución de las que ya están en tratamiento.
- Disponibilidad de vehículo cedido por el ayuntamiento

Resultados conseguidos: Tras 6 meses de intervenciones del equipo domiciliario (jun-nov 2020):

- Los pacientes, familiares o cuidadores asumen el cuidado de las heridas, adiestrados y asesorados por los profesionales.
- En 2020 se han realizado 1879 intervenciones en pacientes ATDOM. En 2019 se realizaron 1172.
- En 2020 se han realizado 520 intervenciones no presenciales para resolver dudas, seguimiento y evolución. En 2019 se realizaron 29.



- En 2020 se han realizado 1359 intervenciones presenciales en el domicilio por heridas (894), control anticoagulante (193), analítica (116), PCR (21), inyectable (95) o valoración geriátrica (35), otros (5). En 2019 se realizaron 1143
- Las intervenciones no presenciales del 2019 eran para programar visitas domiciliarias y las del 2020 tienen un valor añadido de apoyo, seguimiento y control de la evolución
- Cero covid+ tras intervención del equipo

AUTORES: ESCUDERO HERNANDEZ, M MERCEDES¹; GARCIA CASANOVA, MONTSERRAT¹; VALTUEÑA GONZALEZ, IRENE¹; LEIVA PINTADO, ANTONIA¹; MENENDEZ ALBUIXECH, MARC¹; MEJIAS BOLEDA, INMA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP DISSET DE SETEMBRE-PRAT²¹



ID: 107

[volver al índice](#)

TITULO: COMPROMISO DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN UN ÁREA DE SALUD

ÁREA TEMÁTICA: Participación de ciudadanos/pacientes por su seguridad

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de pacientes con sospecha de incumplimiento.

Determinar la incidencia de notificaciones de sospecha por Zonas Básicas de Salud (ZBS).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal de pacientes filiados con sospecha de incumplimiento del 13/09/20 al 29/01/21. Análisis estadístico mediante Excel 2019. Variables: fecha notificación, ZBS, código paciente, motivo aislamiento, edad y sexo.

Criterios de inclusión: contactos estrechos, casos sospechosos o confirmados del ASVO con contacto telefónico fallido, o en su defecto, con sospecha de ruptura de las medidas de aislamiento domiciliario.

Criterios de exclusión: pacientes hospitalizados.

Resultados: Se han filiado 228 sospechas de incumplimiento en 12 de las 17 (70,59%) ZBS del ASVO, destacando Delicias II (18,42%), Parquesol y Plaza del Ejército (17,98%). Se han registrado 220 infracciones graves y 8 muy graves (4 contactos estrechos convertidos en casos confirmados con omisión reiterada del deber de cuarentena). Se han identificado un 65,64% de contactos estrechos y un 33,48% de casos confirmados. El 55,09% son varones, con edad media (IC 95%) de 41,80±2,53 años y el 44,91% mujeres con edad media de 41,35±2,62 años.

Discusión / conclusiones: El rastreo de contactos estrechos y las medidas de aislamiento domiciliario son puntos clave, entre otros, para frenar la propagación del SARS-CoV-2. Por ello, los rastreadores deben contar con un marco de actuación sin dilación burocrática que permita a las autoridades aplicar un régimen sancionador de forma precoz a aquella población que pueda comprometer la SP, sirviendo además como medida disuasoria para aquellos que manifiesten rechazo a las medidas de contención contempladas en la vigente estrategia de vigilancia y control de COVID19.

AUTORES: AREVALO SILLERO, DANIEL¹; GUIJARRO MIRAVALLES, CARLOS¹; SACRISTAN SALGADO, AURORA³; FERNANDEZ DIEZ, MARIA²; PASTOR LEBRERO, MARIA³; MUÑOZ SANZ, EDUARDO⁴

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD PARQUE ALAMEDA-COVARESA (ASVAO)¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA (ASVAO)², CENTRO DE SALUD PARQUESOL (ASVAO)³, CENTRO DE SALUD HUERTA DEL REY (ASVAO)⁴



ID: 108

[volver al índice](#)

TITULO: IDENTIFICACION CORRECTA DE LOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR ERRORES EN LA VIA DE ADMINISTRACION

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En febrero de 2020, se procedió al cambio en el etiquetado de las distintas presentaciones de bupivacaína y mepivacaína. En el etiquetado antiguo figuraba: “vía de administración subcutánea, intradérmica, intramuscular, periarticular, intraarticular, epidural, perineural y peristal” En el nuevo etiquetado, figura “vía parenteral” y/o “solución inyectable” (incluye la vía intravenosa, estando contraindicada).

Análisis: Los medicamentos afectados son: bupivacaína 0.25% amp 10 ml, bupivacaína 0.5% amp 10 ml, bupivacaína/epinefrina 0.5 % 10 ml, mepivacaína 1% amp 10 ml, mepivacaína 2% amp 2 ml, mepivacaína 2% amp 10 ml y mepivacaína 3% amp 1.8 ml.

A finales de marzo de 2021, un centro de salud del sector se pone en contacto con el Servicio de Farmacia del Hospital indicando que en una ampolla de mepivacaína 1% estaba reetiquetada indicando mepivacaína 2%.

Hasta principios de abril de 2021, el Servicio de Farmacia Hospitalaria ha estado reetiquetando las ampollas individualmente, pero ante el riesgo que esto supone, bien porque se despegan algunas etiquetas o por confusión en el momento del etiquetado, se procede a no reetiquetar las ampollas a partir del día 9 de abril de 2021.

Propuestas de mejora, planes de acción: El 9 de abril de 2021, la Farmacéutica de Atención Primaria del sector envía por email a los Coordinadores Médicos y de Enfermería de todos los centros de salud del sector una nota interior explicando toda esta información y proponiendo la identificación de los cajetines y/o estantes de los botiquines (almacén de medicamentos y consultas) mediante unas etiquetas las cuales contienen: el nombre del principio activo y su concentración, las vías de administración y la contraindicación de su administración por vía intravenosa. Además, ese mismo día, la Farmacéutica de Atención Primaria habla telefónicamente con los responsables de los botiquines de todos los centros de salud para avisarles y explicarles la información de la nota interior y la importancia de identificar correctamente estos fármacos para poder prevenir que se produzca un posible error en la vía de administración.

Resultados conseguidos: La propuesta de mejora ha sido muy bien acogida por todos los centros de salud del sector y se pretende prevenir con ello que se produzca un posible error en la vía de administración de estos fármacos. Al hablar telefónicamente con los responsables de los centros de salud también se consigue la concienciación e implicación en la mejora de la seguridad en la atención a los pacientes.

AUTORES: DE LUCAS BARQUERO, ARIADNA¹; CHARLEZ MILLAN, CARMEN MARIA²; ALONSO BENEDI, MARIA ASCENSION²; NEBOT VILLACAMPA, MARIA JOSE³; URIARTE PINTO, MOISES³

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD (C.S CALATAYUD)¹, C.S CALATAYUD², SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL ERNEST LLUCH³



ID: 109

[volver al índice](#)

TITULO: Y LAS ESPIROMETRÍAS ¿PARA CUANDO?

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La realización de espirometrías en los centros de salud (CS) quedó interrumpida por el inicio de la pandemia de COVID-19 debido al alto riesgo de contagio tanto para el personal sanitario como para los pacientes, ya que durante la realización de la prueba se pueden generar gran cantidad de aerosoles. Las variables más determinantes en la realización de espirometrías en este contexto de pandemia en Atención Primaria (AP) son establecer las indicaciones y el momento epidemiológico en el que realizarlas con las máximas garantías de seguridad.

Objetivo/s a conseguir: Establecer recomendaciones a profesionales y pacientes para garantizar su seguridad durante la realización de espirometrías en los centros de Atención Primaria durante la pandemia de COVID 19.

Metodología a aplicar: La Gerencia de AP a petición de profesionales asistenciales y de otras estructuras de la organización ha elaborado un documento de recomendaciones para la realización de espirometrías en los CS durante la pandemia de COVID 19 en base a documentos del Ministerio de Sanidad, de la Consejería de Sanidad, de la Gerencia y otros elaborados por Sociedades Científicas. El Plan de Contingencia de la Gerencia define las actuaciones a realizar en las fases de la pandemia COVID 19 y contempla diferentes escenarios que marcarán los Servicios Salud Pública del Ministerio de Sanidad y de nuestra Comunidad Autónoma de acuerdo a las futuras fases que se vayan produciendo en relación a la pandemia (contención con tendencia creciente, mitigación, contención-retomando control epidemiológico, desescalada-transición, y fase interpandémica). Estas fases junto con las indicaciones en este ámbito asistencial serán determinantes para el inicio de la realización de espirometrías.

Se han establecido indicaciones adaptadas a la situación epidemiológica de COVID- 19, así como recomendaciones de valoración del paciente respecto a la infección por SARS-CoV-2 y prueba diagnóstica a realizar, sobre la organización general y el acceso a la asistencia, sobre los requisitos de la sala para realizar espirometrías, sobre seguridad para pacientes y profesionales sanitarios, recomendaciones durante la realización de la prueba, y de limpieza y desinfección del material sanitario y superficies de contacto durante la jornada y al finalizar.

El documento ha sido difundido y está disponible en la intranet.

Resultados esperables: Las medidas de seguridad necesarias para volver a realizar las espirometrías por la existencia del SARS-CoV-2 van a precisar la reorganización de la práctica diaria, y a alargar el tiempo por prueba. En las fases de contención con tendencia creciente, mitigación y contención- retomando el control epidemiológico no se recomienda realizar espirometrías en AP. Únicamente se recomienda reanudar la prueba en fase de transición si urge para el diagnóstico e inicio de tratamiento de EPOC y asma o si es esencial para tomar decisiones sobre el tratamiento de EPOC y asma, y en fase interpandémica con todas las indicaciones contempladas en AP.

AUTORES: ALCAZAR GONZALEZ, MARIA LUISA¹; CAÑADA DORADO, ASUNCION¹; MARTINEZ PATIÑO, MARIA DOLORES¹; DOMINGUEZ PEREZ, NURIA¹; AGUADO ARROYO, OSCAR²; MARTIN PEINADOR, YOLANDA³

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION TECNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA¹, CENTRO DE SALUD FRANCIA², CENTRO DE SALUD GOYA³



ID: 110

[volver al índice](#)

TITULO: EL QUESO DE REASON: LA PRIMERA LONCHA, LOS TRASLADOS

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 25 años nulípara, acude a consulta de la mujer para inserción de dispositivo intrauterino de manera programada. Tras confirmar la identidad de la paciente, resolver dudas, comprobar el momento del ciclo y ausencia de embarazo, se inicia el procedimiento.

En ese momento, nos encontrábamos en la sala una residente de 4º año, mi tutora y yo como residente de 3º año, sin auxiliar de enfermería. La auxiliar de enfermería llevaba dos días en el centro de salud, era la tercera persona que venía a cubrir ese puesto en el último mes y en el momento de la consulta de DIU estaba conociendo el centro y familiarizándose con sus nuevas tareas.

El proceso se inició con la paciente correctamente colocada en posición de litotomía en la camilla, y el material en la mesa con un campo estéril: las pinzas, gasas, espéculo recién abierto, guantes estériles y pinzas quirúrgicas y de Pozzi. Tomamos una muestra de citología, abriendo un medio líquido nuevo y un cepillo nuevo.

Se pasó a limpiar el cuello con las gasas estériles y cuando facultativa principal fue a introducir las pinzas de Pozzi para traccionar el cuello, se percató de que las pinzas no estaban limpias. De hecho, el campo no estaba estéril y los materiales eran de la paciente anterior. Se frenó el procedimiento inmediatamente, se retiraron los instrumentos sucios para esterilizarlos y se abrió un nuevo pack de material, junto con guantes nuevos estériles.

Se comunicó a la paciente lo que había ocurrido y se pidieron disculpas. Hablamos con la compañera auxiliar quien había pasado minutos antes de que entrásemos a la consulta y al ver el material en la mesa, pensó que estarían limpios y los ordenó sin saber que pertenecían a la intervención de la paciente anterior

Análisis realizado: Estamos ante un casi incidente en el que pudimos haber sido responsables de un error, el de emplear material de una paciente para la intervención de otra pudiendo dar pie así a una serie de eventos adversos como procesos infecciosos. El modelo de Reason comienza en la falta de coordinación del equipo; es importante que la figura de auxiliar se encuentre en todo momento en la consulta, de tal manera que pueda controlar el material y la sala. Por otra parte, la conciliación de docencia con la asunción de numerosas tareas ante la precariedad y la poca temporalidad de los contratos, hace que las facultativas que estamos de manera prolongada en un centro, debamos encargarnos de numerosas tareas que no nos corresponden por el hecho de conocer como se trabaja en ese centro. Esto conlleva a una docencia pobre, por no poder prestar la suficiente atención al personal en formación y un aumento exponencial del riesgo a equivocarse en consulta.

Conclusiones / aprendizaje: Debemos adelantarnos al constante cambio de personal sanitario en esta época de traslados y ser rigurosas y sistemáticas con los listados de verificación. Debemos educar en seguridad del paciente a personal sanitario y pacientes además de explicar en todo momento los pasos del proceso, fallos incluidos

AUTORES: PARRAS GORDILLO, MARTA¹; RODRIGUEZ BRAVO, IM¹; HERRMANN, FT²

CENTRO DE TRABAJO: CS ALMANJAYAR¹, CS SANTA FE²



ID: 111

[volver al índice](#)

TITULO: URGENCIAS: DONDE SER SEGUNDA VICTIMA SE CONVIERTE EN UNA PESADILLA.

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 96 años, familiar de una auxiliar del hospital, pluripatológico con dislipemia, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular, hipoacusia severa bilateral y deterioro cognitivo leve, acude a servicio de urgencias por clínica de mareo con inestabilidad sin pérdida de conciencia ni cortejo vegetativo, sin dolor torácico. Niega fiebre ni clínica bacteriémica ni otra clínica por sistemas y aparatos. En días previos había ingerido menos agua de la habitual pero no había tomado nueva medicación.

Al ser valorado, se descarta patología cardíaca, respiratoria e infecciosa, pero se evidencia una hiponatremia leve en la analítica por lo que pasa a sala de cuidados dónde queda a mi cargo para, además curvar troponinas ante los factores de riesgo cardiovascular. Valoro al paciente, rehistorio y reexploro, de acuerdo con exploración previa y al ser altas horas de la noche, decido mantener al paciente en una cama de observación para ser altado a la mañana siguiente cuando la alteración iónica fuera corregida. Informo a su familiar de la situación y del plan a seguir.

A la mañana siguiente, valoro al paciente y las pruebas complementarias, sin signos de gravedad, troponinas negativas y su alteración iónica corregida, procedo al alta. Minutos después del alta, saliendo por su propio pie, el paciente se sincopa en la puerta del hospital y fallece a la hora por un infarto agudo de miocardio.

Recibo una llamada de mi residente mayor advirtiéndome de la situación y de los posibles comentarios que podría recibir en mi próxima guardia con respecto al "poco ojo clínico que tuve" o amenazas de otras facultativas por haber cometido una negligencia. Durante el mes siguiente, tuve ansiedad antes de ir a las guardias, importante inseguridad a la hora de abordar pacientes con clínica similar y sentía que ni yo mis compañeros jamás iban a valorar mi trabajo ni a respetar de nuevo mi praxis médica.

Análisis realizado: En este caso, nos encontramos ante un ejemplo de segunda víctima. Realmente no hay responsabilidad por parte de la facultativa en el incidente, sino que se dio de alta con normalidad de pruebas analíticas y sucesivamente, el paciente falleció por otro motivo tras varias horas en observación sin clínica de alarma. Se ven los síntomas de culpabilidad, inseguridad, sensación de pérdida de prestigio, miedo a la hora de abordar nuevos casos similares. Lo llamativo es como no hay apoyo por parte de las compañeras sino incriminación por una mala interpretación de una situación clínica la cual puede ocurrirle a cualquier facultativa. Siendo personal en formación, somos quienes debemos empaparnos del compañerismo y del cuidado en este tipo de situaciones.

Conclusiones / aprendizaje: Debemos generar espacios dónde compartir experiencias de segundas víctimas de tal manera que normalicemos estas situaciones y no se señale a nadie en concreto, sino entender el sin fin de variables que nos hace responsables del error. Con esto debemos aprender, no aumentar la brecha entre compañeras.

AUTORES: PARRAS GORDILLO, MARTA¹; HERRMANN, FT²; RODRIGUEZ BRAVO, IM¹

CENTRO DE TRABAJO: CS ALMANJAYAR¹, CS SANTA FE²



ID: 112

[volver al índice](#)

TITULO: LA FALTA DE COMUNICACION ENTRE FACULTATIVAS: EL PEOR VENENO PARA LA RELACION MEDICA-PACIENTE

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente 46 años, institucionalizado en una residencia de pacientes psicodependientes con trastorno esquizoafectivo actualmente en seguimiento por atención primaria y por psiquiatría de la residencia. A lo largo de su estancia en esta residencia, se ha realizado cambio de consulta de medicina de familia en una ocasión. Su medicación ha sido modificada en los últimos meses por parte del psiquiatra de la residencia. Previamente, tomaba litio como tratamiento eutimizante y fue retirado debido a índices de litemia altos y fue sustituido por ácido valproico. Así se lo informó al familiar de nuestro paciente.

Pasados los meses, nos contacta el familiar solicitando dicha analítica en la que se evidencia la litemia alta de cara a tenerlo recogido en los informes médicos del usuario por si tuvieran que transferirse a otra ciudad y poder mostrarlo al facultativo pertinente. Ya que en la consulta desconocíamos esa determinación elevada litemia, buscamos en el directorio de pruebas complementarias donde no lo encontramos. El familiar no comprende la situación y nos solicita todas las analíticas del historial pedidas por nosotras, fruto al sentimiento de falta de confianza al no comprender cómo se justificó ese cambio de medicación si no era cierto el motivo.

Análisis realizado: Esta situación supuso una conversación incómoda con el paciente debido a que él se sentía engañado por el colectivo de personal sanitario que nos encargábamos de su hermano y debido a que nosotras no sabíamos qué decirle ya que había sido un malentendido con el psiquiatra de salud mental quién no nos había comunicado el cambio y había dado información errónea al familiar.

Estos fallos de comunicación entre facultativos hacen que haya grandes fallos de seguridad del paciente y en cuanto a la confianza médica - paciente. Es una situación frecuente que cada facultativo diga una datos diferente sobre un paciente y a un paciente, siendo esto un peligro de cara al manejo del paciente de manera integral. Además, no debemos engañar ni mentir a los pacientes acerca de sus datos clínicos, ya que forma parte de una mala praxis.

Conclusiones / aprendizaje: Es importante que no haya fallas de comunicación ni entre facultativos ni entre facultativos y pacientes de cara a mantener la mayor transparencia posible. En el caso de pacientes institucionalizados, dónde hay varias médicas a cargo del mismo paciente, es clave mantener reuniones multidisciplinarias ya que cada facultativa tiene su grano de arena que aportar a la correcta evolución del paciente. En este caso, nosotras somos quienes tenemos el manejo global de la patología del paciente y contacto con su entorno externo y el psiquiatra quien tiene manejo de su situación de salud mental siempre colaborando con nosotras. Es importante recalcar que se deben cuidar las palabras que se le dicen a un paciente, ya que más adelante quién debe dar la cara para desmontar expectativas es la médica de familia.

AUTORES: PARRAS GORDILLO, MARTA¹; RODRIGUEZ BRAVO, IM¹; HERRMANN, FT²

CENTRO DE TRABAJO: CS ALMANJAYAR¹, CS SANTA FE²



ID: 113

[volver al índice](#)

TITULO: PROYECTO DE MEJORA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS.

AREA TEMATICA: Participación de ciudadanos/pacientes por su seguridad

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La OMS considera la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona, al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

El profesional de Enfermería es un miembro activo en la realización de actividades que garanticen la adherencia a los tratamientos, además de promover el autocuidado a través de una intervención educativa estructurada, dirigida a garantizar la seguridad de los pacientes.

Tras la declaración de la pandemia provocada por del coronavirus se ha observado en los pacientes con patologías crónicas una falta de adherencia a su tratamiento, incrementada porque muchos de estos pacientes no están asistiendo a sus consultas de control, a la administración de sus tratamientos o a la adquisición de los mismos; a su vez se ha reducido el cumplimiento de los hábitos saludables en alimentación o ejercicio.

La relación enfermera-paciente permite un contacto próximo y permanente con el enfermo crónico o su cuidador, por lo que somos los profesionales más adecuados para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, concienciando, formando e informando.

Objetivo/s a conseguir: • Identificar problemas de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos desde la consulta de enfermería de atención primaria.

- Mejora de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos desde la consulta de enfermería de atención primaria.
- Promover la participación del paciente en su seguridad con respecto al uso de medicamentos prescritos.

Metodología a aplicar: Desde la consulta de enfermería de atención primaria se identificarán los pacientes crónicos que han dejado de asistir a controles rutinarios. Se contactará con ellos o sus cuidadores mediante llamada telefónica informado de nuestros objetivos y, mediante una breve entrevista y el empleo de cuestionarios validados, se identificarán problemas en la adherencia terapéutica, farmacológica y no farmacológica. Una vez identificados, si dichos problemas no pueden resolverse durante la llamada telefónica, se consensuará con el paciente la necesidad de consulta presencial o visita domiciliaria. Se realizará un seguimiento de dichos pacientes para reforzar actitudes de cumplimiento terapéutico.

Resultados esperables: Con la propuesta descrita anteriormente se pretende conseguir el cumplimiento terapéutico por parte del paciente, que desde el inicio de la pandemia se ha visto sin la motivación ni los recursos necesarios para continuar con las indicaciones proporcionadas por el equipo de atención primaria en cuanto a la toma de medicamentos, seguimiento de dieta prescrita y/o modificación de hábitos de vida.

En definitiva conseguir implicación y compromiso del paciente con su enfermedad crónica, aún en tiempos de pandemia.

AUTORES: DE CASTRO SALAMANCA, IRENE¹

CENTRO DE TRABAJO: HURH VALLADOLID¹



ID: 114

[volver al índice](#)

TITULO: AUTORREALIZACION IMPROCEDENTE DE TEST DIAGNOSTICO CON CASCADA DE CONSECUENCIAS

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Persona asintomática de 43 años de edad trabajador sanitario. El sábado 18/12/2020 se autorrealiza en su domicilio un test rápido de anticuerpos para la detección de la enfermedad por COVID-19 suministrado por un familiar, planificando una reunión familiar en las fechas navideñas. El test resulta positivo. La persona acude al Punto de Atención Continuada (PAC) previa consulta telefónica para realización de prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) allí disponible, test de antígenos. Resulta negativo. Ante la falta de concordancia se pauta cuarentena y se solicita PDIA Gold Estándar de detección de ARN viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR). Ésta se realiza el primer día disponible, lunes. El martes se obtiene resultado negativo de la RT-PCR y se levanta la cuarentena.

Análisis realizado: Mediante el diagrama de Ishikawa causa/efecto:

- **Equipo:** Según la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 del Ministerio de Sanidad, los test rápidos de detección de anticuerpos ya no estaban en ese momento indicados como PDIA.
- **Método:** Se desencadenó una cascada de actuaciones y consecuencias evitables por innecesarias originadas por un empleo no adecuado del test de anticuerpos, seguido de la realización como método de contraste de un test de antígenos frente a COVID-19 no ajustándose a procedimiento, ya que por ser profesional sanitario estaría indicado realización de RT-PCR.
- **Persona:** Autoadministración de test fuera de recomendaciones y entorno sanitario para dotar de una falsa seguridad personal.
- **Organización:** El laboratorio de análisis y toma de muestras microbiológicas no está disponible para la realización de RT-PCR los domingos. El resultado de la RT-PCR, si bien se constata en menos de 24 horas, en ocasiones se comunica al paciente en un plazo superior.
- **Medio ambiente:** Los componentes psicológicos de la pandemia, el decrecimiento de la incidencia en la “segunda ola”, y el contexto social entorno a la Navidad, indujeron a la búsqueda de una falsa seguridad diagnóstica para una celebración familiar. Los test de anticuerpos han estado asequibles a disposición de las personas.

Conclusiones / aprendizaje: A pesar de su papel crucial en el inicio de la pandemia, el valor predictivo positivo y negativo de los test de anticuerpos estaba muy condicionado a la incidencia de la enfermedad. Dejaron de recomendarse en las guías de actuación con la disponibilidad progresiva de pruebas de mayor fiabilidad. No diagnostica la realización de una prueba, sino que es el profesional clínico el que establece el diagnóstico en base a la anamnesis, protocolos previamente establecidos y el resultado del test precedente. La inadecuación de las actuaciones causó duplicidad innecesaria de pruebas, la observancia de cuarentena y la pérdida de dos jornadas laborales por absentismo, con aumento del disconfort psicológico ante la incertidumbre y espera de un nuevo resultado. No existe conflicto de intereses de los autores.

AUTORES: MAJO GARCIA, RAUL¹; DIEZ FLECHA, CRISTINA¹; RIVERO RODRIGUEZ, ANA MARIA¹; MARTINEZ TAHOCES, SHEILA MARIA¹; LOPEZ FERNANDEZ, EVA¹; DOMIGUEZ PEREZ, ANA BELEN¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE LEON¹



ID: 116

[volver al índice](#)

TITULO: ERROR EN LA INTERPRETACION DE UN TEST RAPIDO DE STREPTOTEST Y PRESCRIPCION INDECUADA DE ANTIBIOTICO

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: ESCENARIO: Centro de Salud de Calatayud (Atención Primaria). Se atienden consultas crónicas y agudas en horario ordinario y de urgencia en atención continuada. En todas las consultas se dispone de Streptotest o test rápido de detección de antígeno estreptococo B-hemolítico del grupo A.

CASO: Niño de 6 años que acude a urgencias de su centro de salud por odinofagia y fiebre de hasta un máximo de 38'4. A la exploración: Orofaringe hiperémica con mínimo exudado bilateral. Se palpa linfadenopatía cervical izquierda. Otoscopia. Normal. Acp: rítmica. normoventilación. No focalidad neurológica

Se realiza streptotest con resultado positivo. Al cumplir Criterios de Centor (3) y test positivo se pauta tratamiento con azitromicina 500mg/vo durante 3 días. Se administra la primera dosis en la urgencia.

Pasados 30 minutos al limpiar la consulta se detecta que el test es negativo por lo que se procede a llamar a los padres para suspender el tratamiento. Ni en OMI ni HCE hay teléfono de contacto por lo que al día siguiente el personal administrativo con acceso a BDU facilita un número de teléfono para contactar. Se llama a los padres y se suspende el tratamiento aunque el niño ya había recibido 2 dosis.

Análisis realizado: ERRORES EN EL PROCESO:

1- Interpretación del resultado de forma incorrecta.

2- Se pauta un tratamiento innecesario.

3- No se prescribe tratamiento de elección

4- No administrar dosis de inicio

DEFENSAS DEL SISTEMA:

1- Formación a los profesionales.

2- Esquema de cómo realizar el test e interpretación de resultados.

3- No dar dosis de inicio.

4- Infograma de los Criterios de Centor.

CAUSA RAIZ:

1- Falta de práctica en la realización del test.

2- Causas externas: jornadas 24 horas, cansancio, carga asistencial.

3- No recoger el test y el material después de la realización de la prueba y así poder detectar posibles errores.



Conclusiones / aprendizaje: Se colocó un esquema explicativo en la solapa de la caja del kit de los streptotest con las instrucciones para realizar el test y como interpretar los resultados .

Acceso directo en la intranet del sector de Calatayud a las sesiones del programa de optimización del uso de antibióticos y guía terapéutica antimicrobiana.(PROA-AP)

AUTORES: CHARLEZ MILLAN, CARMEN MARIA¹; DE LUCAS BARQUERO, ARIADNA²; ALONSO BENEDI, MARIA ASCENSION³

CENTRO DE TRABAJO: C.S.CALATAYUD .NORTE¹, DIRECCION DE AP SECTOR CALATAYUD², C.S.CALATAYUD SUR³



ID: 118

[volver al índice](#)

TITULO: PACIENTES CRONICOS INMOVILIZADOS Y SU ADHERENCIA AL REGIMEN TERAPEUTICO

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: El diagnóstico enfermero Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT), se define, patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas, que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud.

Muchos pacientes crónicos tienen este diagnóstico, además presentan movilidad reducida o deterioro cognitivo, haciendo de Atención Primaria (AP) el nivel adecuado para su atención domiciliaria por su enfermera de referencia, controlando manejo correcto del régimen terapéutico y detectando casos que es inefectivo, para abordarlo y poner solución.

El objetivo principal es valorar el Manejo del Régimen Terapéutico de pacientes crónicos inmovilizados, conocer las causas del incumplimiento y hacer una intervención oportuna.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes crónicos inmovilizados de un cupo de enfermería de AP. Se seleccionaron 28 pacientes, criterio de exclusión, estar institucionalizado. Tras informarles del estudio y solicitar su consentimiento verbal, se les entrevistó durante visitas domiciliarias. 6 con deterioro cognitivo se entrevistó a su cuidador. Se aplicó test Morisky-Green, con 4 preguntas con respuesta dicotómica, considerando cumplidor al que contesta correctamente a las cuatro, mientras que a una respuesta incorrecta se califica como incumplidor valorando si tiene actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad.

Resultados: Tras analizar el test, se observa:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? SI 11 (40%), NO 17 (60%)
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? SI, 20 (71.5%) NO 8 (28.5%)
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? SI, 12 (43%), NO 16 (57%)
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? SI 10 (36%), NO 18 (64%)

15 pacientes (53.57%) se clasificaron como cumplidores y 12 (46.42%) incumplidores cuya principal causa es dejarlo de tomar cuando se encuentra bien.

El tamaño de muestra es reducido y se añade como limitación, que pertenecen a una misma consulta de enfermería, aunque los datos se aproximan con los encontrados en la bibliografía existente en la que el nivel de incumplimiento se estima entre 20 y 50% aunque la causa varía según la enfermedad.

Discusión / conclusiones: Para garantizar la seguridad del paciente enfermería debe valorar adecuadamente el cumplimiento del tratamiento del paciente crónico, ya que las interacciones entre medicamentos y el incumplimiento del correcto tratamiento pueden causar gran número de complicaciones relacionadas con la enfermedad o incluso la muerte.

Realizar estudios más extensos, que incluyan una mayor muestra, podría aportar más datos sobre falta de adherencia al tratamiento y sus causas, y aportar métodos para facilitar la adherencia mediante planes de cuidados centrados en el MIRT.



AUTORES: CEBALLOS SANTOS, LAURA¹; BURGOS MESA, J²; HIERRO PEREDA, S²; VARGA DEL HOYO, R¹

CENTRO DE TRABAJO: HUBU¹, GAP BURGOS²



ID: 119

[volver al índice](#)

TITULO: LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA COMO HERRAMIENTA DE BUENAS PRACTICAS

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Según el Proyecto ITU-Zero sobre prevención de la infección relacionada con la sonda uretral en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, el 70% de las ITU están asociadas con el uso de sonda uretral y representan el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

El estudio APEAS sobre la magnitud y factores determinantes del riesgo asistencial en la Atención Primaria Española constata que el 0,7% de los efectos adversos (accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece) está relacionado con ITU asociada a sondaje, provocando consecuencias graves hasta en el 12,5% de los casos.

También describe que la evitabilidad es del 50% siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Objetivo/s a conseguir: -Reducir la incidencia de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral.

-Incorporar a la agenda de los equipos de Atención Primaria objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente

Metodología a aplicar: Implementar los siguientes elementos a la historia clínica electrónica como paso previo al registro del procedimiento terapéutico: Sondaje vesical.

- Listado de verificación de inserción de sonda uretral ITU Zero.
- Menú de indicaciones de sondaje uretral: Monitorización estricta de diuresis. Bajo nivel de conciencia. Retención aguda de orina. Presencia de hematuria con coágulos y riesgo de obstrucción. Ulceras por presión III o IV sacro cóxígea en pacientes incontinentes. Confort en paciente paliativo.
- Menú de datos de la sonda: Tipo de sonda. Subtipo de sonda. Material de la sonda. Forma de punta. Lugar de inserción. Calibre. N de luces. Temporalidad. Tipo de sistema colector. Fecha próximo cambio.

Resultados esperables: Incorporar dos apartados relacionados con la seguridad del paciente al registro rutinario del sondaje vesical, se espera que facilite la detección de la causalidad de la infección y aumente el grado en que la asistencia sanitaria es capaz de reducir el riesgo de daño innecesario asociado a ella hasta un mínimo aceptable.

AUTORES: DE PEDRO GARCIA, CESAR¹; SAN JOSE GALLEGU, MARIA REYES¹; VICENTE GABRIEL, SARA¹; PRIETO ZAMBRANO, PEDRO¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA VALLADOLID ESTE¹



ID: 121

[volver al índice](#)

TITULO: COMUNICACION CON EL PACIENTE EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO, MÚLTIPLES INTERLOCUTORES: EVENTO ADVERSO

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente institucionalizado en un centro sociosanitario por problemas de conducta relacionadas con un trastorno bipolar. Este centro sociosanitario dispone de un psiquiatra privado junto con cuidadores que se encargan de proporcionar cuidados, administrar medicación y realizar el seguimiento de los pacientes institucionalizados.

La médico de Atención Primaria realiza el seguimiento clínico de estos pacientes, manteniendo un contacto estrecho tanto con los responsables del centro sociosanitario y con los cuidadores y son éstos últimos los que tienen contacto a su vez con el psiquiatra privado que es el que se encarga de modificar la pauta de fármacos psiquiátricos en caso de sintomatología relacionada con el trastorno de conducta.

El médico de familia realiza analíticas periódicas para comprobar niveles de fármacos y repercusión hematológica y bioquímica de los fármacos eutimizantes y neurolépticos de este paciente.

En una de las revisiones periódicas el psiquiatra decide retirar uno de los fármacos eutimizantes de este paciente y transmite a la familia que lo hace por una elevación de los niveles de fármacos en sangre. El paciente al paso de unas semanas necesita ingreso hospitalario en la unidad de agudos por un cuadro maniaco provocado por la suspensión de este fármaco. Los familiares de ponen en contacto con el médico de familia para comprobar que los niveles de ese fármaco estaban elevados, comprobando desde Atención Primaria que nunca habían estado fuera de rango por lo que no era necesario la retirada de este fármaco.

Este fallo en la comunicación ha provocado un evento adverso con repercusión grave para el paciente generándole un ingreso hospitalario evitable y una pérdida de reputación tanto del centro sociosanitario, como de los médicos implicados en el cuidado y seguimiento de este paciente.

Análisis realizado: La comunicación con el paciente es uno de los elementos básicos en el cuidado de los pacientes en cualquiera de los niveles asistenciales y una causa importante de eventos adversos, que pueden tener repercusiones graves cómo en este caso.

Se ha realizado un análisis reactivo del evento con la participación de todos y cada uno de los implicados, llegando a propuestas de mejora que se implementan desde ese mismo momento.

Conclusiones / aprendizaje: Las habilidades comunicacionales son fundamentales en la relación médico- paciente. Es fundamental la coordinación adecuada cuando hay varios profesionales encargados del cuidado de un paciente y esta coordinación debe ser mucho más eficiente en el caso de un centro sociosanitario.

Hay que buscar espacios de comunicación adecuados, determinar el interlocutor y el canal adecuado así cómo la información clínica de la que se dispone y que puede ser útil para el diagnóstico, para el tratamiento y para el cuidado adecuado del paciente.

Los eventos adversos relacionados con la comunicación son demasiado frecuentes y se tienen poco en cuenta, producen primeras, segundas y terceras víctimas como en este caso.



AUTORES: RODRIGUEZ BRAVO, ISABEL¹; HERRMANN, FLORIAN THOMAS²; PARRAS GORDILLO, MARTA¹

CENTRO DE TRABAJO: ALMANJAYAR¹, SANTA FE²



ID: 122

[volver al índice](#)

TITULO: USO DEL CHECKLIST EN LA VACUNACION COVID-19

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La estrategia de vacunación masiva se ha realizado en numerosas ocasiones en la historia de la salud pública con el fin de combatir enfermedades infecciosas. Este último año debido a la pandemia por el COVID-19 podemos estar ante el mayor esfuerzo mundial en la movilización de recursos para llevar a cabo una vacunación masiva en todos los países. Esta estrategia de vacunación supone la administración de un gran número de dosis en poco tiempo además de la movilización de grandes recursos humanos, es en estos momentos en los que debemos prestar especial atención para no cometer errores en la vacunación y una herramienta idónea para ello es el Checklist o lista de verificación. Desde las distintas organizaciones sanitarias se han elaborado Checklist de vacunación adaptados a esta nueva situación, un ejemplo de esto es la Lista de verificación de el COVID-19 desarrollado por el CDC, un cuestionario para el paciente que consta de 12 ítems. En nuestro medio se realiza un checklist compuesto por 11 ítems que se cumplimenta en el momento previo a la vacunación de cada paciente de forma individualizada, catalogando a los pacientes en: vacuna contraindicada, Precaución e Indicada la vacunación.

Pero estas listas de verificación plantean un problema ya que solo tienen en cuenta el momento de la vacunación in situ y no los momentos previos y posteriores de la realización de esta técnica pudiéndose cometerse errores pasando desapercibidos para los profesionales; además de no abarcar los 5 Correctos de administración de vacunas: El Paciente, vacuna, la intervalo de tiempo, dosis y vía de administración; pilares clave para asegurar la calidad y la seguridad de la vacunación de pacientes.

Objetivo/s a conseguir: Minimizar al máximo los errores en la administración de vacunas proporcionando una mayor seguridad al paciente en la vacunación masiva del COVID-19 mediante realización de listas de verificación que tengan en cuenta todo el acto vacunal.

Metodología a aplicar: Gracias a los Checklist desarrollados estos últimos años para la mejora en la seguridad de los pacientes en el acto de la vacunación y a los implementados de forma específica para la vacuna del COVID 19 se realiza una lista de verificación que cubra todo el acto de vacunación además de los 5 Correctos.

-Antes de la vacunación: La temperatura del frigo ha sido la adecuada, el material para una actuación de emergencia se encuentra accesible, Identificación del Paciente, estado vacunal intervalo ultima dosis, reacciones a dosis previas...

-Durante la vacunación: dosis adecuada, vacuna correctamente reconstituida, lugar y vía de administración adecuadas, higiene de manos...

-Post vacunación: signos de alarma, informar sobre próximas dosis, seguimiento 15 min post vacuna...

(Resumen del Checklist)

Resultados esperables: Con la incorporación de un Checklist que abarque todo el acto de vacunación: previo, in situ y post vacunación se espera que se disminuyan los posibles errores en la vacunación aumentando así la seguridad del paciente y con ello la calidad asistencial.



AUTORES: SAN JOSE GALLEGO, MARIA REYES¹; VICENTE GABRIEL, SARA MARIA¹; PRIETO ZAMBRANO, PEDRO¹; DE PEDRO GARCIA, CESAR¹; GARRIDO CARRASCO, GLORIA²

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE VALLADOLID ESTE¹, GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE BURGOS²



ID: 123

[volver al índice](#)

TITULO: LISTADOS DE VERIFICACION QUIRURGICA ADAPTADOS , UNA HERRAMIENTA UTIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE SALUD

AREA TEMATICA: Otras prácticas seguras: identificación inequívoca, cirugía segura, comunicación efectiva entre profesionales, radiaciones ionizantes...

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: En Atención Primaria se realizan procedimientos de cirugía menor que pueden provocar daños en el paciente si no se realizan de forma adecuada. Tenemos la formación adecuada para la realización de estos procedimientos, pero hemos querido ir más allá para conseguir una cirugía segura dentro de nuestro ámbito.

La plasticidad del médico de familia, sus competencias, y el ser una especialidad centrada en la persona y no en una técnica hace que a lo largo del día podamos realizar y enfrentarnos a multitud de problemas clínicos y procedimientos de cirugía menor que también implican un riesgo para el paciente.

Objetivo/s a conseguir:

- Realizar procedimientos de cirugía menor de forma segura.
- Implementar y dar continuidad a listados de verificación específicos para cada uno de los procedimientos de cirugía menor en un centro de salud.
- Evitar daños al paciente durante y después del procedimiento.
- Inundar un centro de salud de cultura de seguridad del paciente realizando cirugía segura.

Metodología a aplicar: Se han creado listados de verificación quirúrgica específicos para todos y cada uno de los procedimientos de cirugía menor que se realizan en el centro de salud: infiltración articular, matricectomía, electrocirugía de tumores cutáneos, inserción de dispositivos intrauterinos, inserción de implantes anticonceptivos.

Se han creado atendiendo a las normas especificadas por la OMS y adaptándolos a los procedimientos, a nuestro nivel asistencial y a nuestro centro de salud con sus características intrínsecas.

Se han presentado en sesión clínica para incorporar las modificaciones que han ido aportando el resto de profesionales y se han implementado desde hace ya más de cuatro años.

Se custodian y se revisan periódicamente para valorar el adecuado cumplimiento y los resultados en cirugía segura que se están obteniendo.

Resultados esperables: Con respecto a la inserción de dispositivos intrauterinos, la situación durante el año 2020 ha sido la siguiente:

Dispositivos intrauterinos insertados:55

Listados de verificación quirúrgica: 55

Se han revisado los listados de verificación quirúrgica y todos están correctamente cumplimentados. No se ha notificado en el sistema de notificación propio del Centro de Salud, ningún evento adverso relacionado con esta técnica.



Con respecto a la inserción de implantes de etonorgestrel, la situación durante el año 2020 ha sido la siguiente:

Implantes de etonorgestrel: 51

Listados de verificación quirúrgica: 34

Se han revisado los listados de verificación quirúrgica y todos están correctamente cumplimentados. No se ha notificado en el sistema de notificación propio del Centro de Salud, ningún evento adverso relacionado con esta técnica. Se analizan las causas por las que no se han cumplimentado el 100% de estos listados de verificación quirúrgica. Los resultados se comunican al resto de profesionales.

AUTORES: RODRIGUEZ BRAVO, ISABEL¹; HERRMANN, FLORIAN THOMAS²; PARRAS GORDILLO, MARTA¹

CENTRO DE TRABAJO: ALMANJAYAR¹, SANTA FE²



ID: 124

[volver al índice](#)

TITULO: EL DESARROLLO DE UN MAPA DE COMPETENCIAS TÉCNICAS ENFERMERAS DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: En todo procedimiento sanitario debemos transmitir, como profesionales de la salud, cultura de seguridad del paciente. Una herramienta para garantizar dicha seguridad sería elaborar un mapa de competencias técnicas enfermeras para prestar una atención de calidad, mejorar la salud del paciente y aumentar el desarrollo profesional. Esto, garantiza que los profesionales de enfermería se impliquen en prestar cuidados de calidad en el camino de la excelencia profesional; desarrollen niveles de competencia, y así, genere la motivación para el progreso profesional actualizando conocimientos.

Objetivo/s a conseguir: - Garantizar la calidad de los cuidados enfermeros.

- Mejorar la seguridad del paciente.

- Favorecer el desarrollo de los profesionales.

Metodología a aplicar: Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos de ciencias de la salud Medline, Cochrane, Cuiden y TRIP data base y se complementó con técnicas de 'Snowballing' o 'similar articles'.

Las palabras clave utilizadas fueron: Competencia, definición o propósito, buena práctica, evidencia, seguridad.

Se seleccionaron artículos en Español y en Inglés y se llevó a cabo una lectura crítica de los estudios seleccionados mediante las herramientas CASPe.

Resultados esperables: Con la puesta en marcha de un mapa de competencias de enfermería se espera garantizar la calidad asistencial, en tanto a que los cuidados de enfermería prestados respondan a estándares de calidad propuestos por la JCI, ISSO, ACSA. Así mismo, se pretende mejorar la seguridad del paciente, al evitar la variabilidad asistencial y minimizar riesgos; además de, aumentar el desarrollo profesional, al adquirir nuevas habilidades y/o conocimientos.

AUTORES: VICENTE GABRIEL, SARA MARIA¹; PRIETO ZAMBRANO, PEDRO¹; DE PEDRO GARCIA, CESAR¹; SAN JOSE GALLEGU, MARIA REYES¹; VARELA MANRIQUE, SARA¹; CARNICERO NIETO, DAVID²

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE AT.PRIMARIA VALLADOLID ESTE¹, HMDC²



ID: 128

[volver al índice](#)

TITULO: DESCONECTADOS.0 VULNERABILIDAD DEL PACIENTE CON CARENCIAS EN EL MANEJO DE LAS TIC

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: A la Atención Primaria se incorporan continuamente indicadores de calidad de vida. Sus profesionales son testigos de nuevos factores que revelan las fortalezas y carencias de sus pacientes. En el contexto de pandemia las TIC y la comunicación virtual pueden revelarse para ellos como instrumentos predictores de calidad de vida.

Objetivo/s a conseguir: Conocer el desempeño de los pacientes referido a actividades de la vida diaria en contexto de pandemia, incluyendo las emergentes, como las TIC y la comunicación virtual.

Metodología a aplicar: El grupo lo constituyen 175 pacientes atendidos presencialmente durante un mes. La edad media es superior a 70 años. El 42.2% padece discapacidad, el 62% vive en pareja en domicilio propio de entorno urbano. El método fue la entrevista por la validez externa y la sencillez de ejecución en personas de edad avanzada. Como base se utilizó la versión española del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0 modificado para incorporarse a la entrevista habitual, con recogida anónima de datos. Se incluyeron como variables desplazamientos, acceso al centro de salud, conocimientos cibernéticos, utilización de smartphone, acceso a recursos, seguridad

Resultados esperables: El 68% necesita ayuda para las actividades de la vida diaria, el cuidador es familiar presencial o a distancia (43%) o remunerado (31%). El 85,1% no sabe pedir citas sanitarias. La totalidad posee teléfono tradicional o smartphone, solo el 30,5% tiene acceso a internet. El 62,3 no sabe utilizar herramientas cibernéticas o carece de autonomía visual, auditiva o manual. El 53% tiene dificultad para desplazarse. El 62% desconoce el modo de solicitar ayuda social. Según el tipo de ayuda precisa ocupan los primeros lugares la comunicación con los servicios de salud, alimentación y movilización. La totalidad identifica al equipo de salud como fuente de recursos. El 52% se siente inseguro. Se refiere miedo a morir, soledad, desconexión social e incapacidad de cuidar su salud o la de otros. Sesgo: en el tiempo recogido en el estudio solo accedieron a consulta presencial los pacientes capaces de utilizar teléfono o aplicación virtual por si mismos o ayudados en un contexto de restricción de circulación. Los resultados son preliminares, ameritan mayor muestra estadística que permita aproximación a la situación de los usuarios de edad avanzada. Estudios de este corte pueden resultar útiles cuando existe cierto empecinamiento en implementar instrumentos de comunicación tecnológica que amenazan con dejar en el camino a los miembros más frágiles de la sociedad del bienestar. Desconociendo que se les priva simultáneamente sin transición armónica, de aquellos recursos que les vienen aportando tradicionalmente cercanía, respeto y entorno seguro, como los servicios públicos de salud y sus profesionales.

AUTORES: GOMEZ GUTIERREZ, YOLANDA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD HUERTA DEL REY¹



ID: 129

[volver al índice](#)

TITULO: PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD 'NOSOTROS SI QUE NOS CUIDAMOS'

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los niños han vuelto a las aulas para relacionarse con compañeros, profesores, pero... ¿entienden el alcance de sus acciones? ¿Y las medidas de seguridad? ¿Saben lo que hacer si alguien enferma?

Análisis: Los niños saben lo que tienen que hacer, pero no entienden el porqué.

Deben saber que el virus se contagia fácilmente, que raramente enferman pero que pueden contagiar.

Si son capaces de entender el alcance de las medidas de seguridad, seguramente las cumplan mejor.

Creemos que los niños pueden llegar a ser un ejemplo de cumplimiento de las normas.

Propuestas de mejora, planes de acción: Llevar a cabo un Proyecto de EPS para niños de Infantil y Primaria (hasta 9 años) a cargo de personal de enfermería y maestros en el colegio.

Con esta formación se facilitarán las medidas de seguridad ante la infección en las aulas, repercutiendo en la familia y en la sociedad.

Objetivos y actividades:

- Objetivo PRINCIPAL: Explicar la infección por COVID-19 a los niños de Ed. Infantil y hasta 3º de Ed. Primaria, para conseguir un afrontamiento adecuado y un apoyo a las medidas de prevención instauradas por la Consejería de Educación y la Dirección del centro.
- Objetivos SECUNDARIOS:
 1. Conocer qué saben los niños de la infección por COVID-19. Puesta en común.
 2. Solucionar sus dudas y temores relacionados con el virus, desechando conocimientos erróneos o fantasiosos y promoviendo un espacio de encuentro para expresarse. Cuento y Charla informativa.
 3. Transmitir calma y seguridad ante la posibilidad de contagio del propio niño o de los familiares de su entorno, para normalizar la situación y desestigmatizar la enfermedad. Taller de pintura. Manualidad de Dino en plastilina. Taller de memoria (poesía). Lectura del cuento. Puzles. Sopa de letras. Crucigrama. ¿Cómo se encuentra hoy Dino?
 4. Entregar información para padres y tutores, sobre cómo gestionar la prevención y/o enfermedad de COVID-19 en los niños entre los 3 y los 9 años.'Yo vivo en verde'. Aclarar dudas de los maestros sobre los síntomas, transmitir tranquilidad, medidas de prevención y aislamiento. Entrega de documento informativo sobre COVID-19.

Las ACTIVIDADES son dinámicas y creativas, facilitan puntos de encuentro con su entorno más cercano. Los contenidos, lenguaje, metodología y evaluación están adaptados a su edad.

Las Fichas de actividad recogen: Actividad a realizar y título. Etapa a la que va dirigido. Datos del curso, aula y formador. Objetivos. Competencias clave. Habilidades desarrolladas. Conocimientos a tratar. Valores implicados. Descripción y hoja de registro de datos. Materiales. Evaluación.



Se detallan los RECURSOS humanos, externos, organizativos y físicos.

Hay dos formas para la puesta en marcha del proyecto: presencial, impartido por la enfermera o solo por los maestros, siempre cumpliendo un cronograma.

Resultados conseguidos: Se ha realizado en un colegio público, donde han participado 217 niños de Ed. Primaria.

Sí que se dispone de datos sobre evaluaciones tras la formación y grado de satisfacción del alumnado y profesorado.

AUTORES: GARCIA RUIZ, MARIA DEL CARMEN¹; NOGAL GARCIA, LAURA²; NOGAL GARCIA, MANUEL³; BARRIO OLMOS, JORGE⁴

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ARANDA NORTE.¹, HOSPITAL ALCALA DE HENARES², ---³, C.P. ALFREDO DI STEFANO⁴



ID: 131

[volver al índice](#)

TITULO: CONCILIACION Y REVISION CLINICA DE LA MEDICACION POR EL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Explorar la efectividad de la participación del farmacéutico de Atención Primaria (FAP) en actividades de conciliación y revisión de medicación realizadas en diferentes momentos al inicio de la pandemia.

Describir incidencia y tipo de errores de conciliación (EC) y problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados.

Material y métodos: Población de estudio: Pacientes dados de alta a domicilio habitual desde 2 hospitales y 2 residencias COVID-19 (conciliación) o con >16 prescripciones de próxima caducidad tras renovación automática (revisión).

Intervención:

Conciliación de medicación al alta hospitalaria y revisión de medicación orientada a detectar problemas de indicación, duplicidad, duración o dosis excesiva, interacciones, no dispensación, ajuste por función renal (FR). Contacto telefónico con médico de familia (MF) y registro de los problemas detectados.

Duración: mayo-julio 2020

Variables:

Conciliación: edad, institucionalización, nº fármacos, infección COVID-19, tipo de EC, nº EC

Revisión: edad, sexo, nº fármacos, nº PRM, tipo de PRM

Aceptación de recomendaciones

Fuente de datos: Listado de pacientes de alta o con prescripciones próximas a caducar, historia clínica electrónica, receta electrónica

Resultados: Se realiza conciliación en 131 pacientes: 76,8 años±15,6, 7,2 +4,5 fármacos, 63 institucionalizados (48,1%), 76 ingresados por COVID-19 (58,0%). Se identifican EC en 59 pacientes (45%): 38 institucionalizados (64,4%); 21 no institucionalizados (35,6%). En 2 pacientes no procede conciliación. Se detectan 131 EC (2,2±1,6 EC/paciente (2,4±1,8 institucionalizados; 1,9±1,2 no institucionalizados; p=0,0057)).

EC más frecuentes: comisión 49 (37,4%); omisión 34 (26,0%); diferente dosis, vía o frecuencia de administración: 16 (12,2%); medicamento equivocado: 14 (10,7%); duplicidad: 11 (8,4%); interacción: 6 (4,6%); prescripción incompleta: 1 (0,8%). Aceptación de recomendaciones: total 39 pacientes (66,1%), parcialmente 4 (6,8%), no valorable 4 (1,7%), no aceptadas 11 (25,4%).

Se realiza revisión en 23 pacientes, pero solo se puede contactar con MF en 18 (78,3%): 73,7 ±13,4 años, 19,9±3,0 fármacos inicial, mujeres 66,7%. Se detectan 114 PRM (6,3±3,3 PRM/paciente): no dispensación (N=31), duplicidades (N=25), no indicación (N=25), duración excesiva (N=14), otros (N=9), interacciones (N=6), dosis excesiva (N=4).

El MF acepta el 59,6 % de las recomendaciones y se resuelven 68 PRM (3,8±4,2 PRM/paciente). PRM resueltos: no dispensación (N=18; 58%), duplicidades (N=17; 68%), no indicación (N=15; 60%), duración excesiva (N=8; 57%), otros



(N=5; 71%), interacciones (N=3; 50%) y dosis excesiva (N=2; 50%). Nº fármacos final por paciente $16,6 \pm 3,2$ (reducción 16,6%).

Discusión / conclusiones: El apoyo del FAP en conciliación y revisión de la medicación, en momentos de alta presión asistencial, ayuda a resolver EC y reducir PRM.

La intervención del FAP es bien aceptada por los médicos. Su aplicación sistematizada contribuiría a mejorar la seguridad de los tratamientos prescritos.

AUTORES: LABARTA MANCHO, CARMEN¹; PINA GADEA, MB¹

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II. SERVICIO DE FARMACIA.¹



ID: 133

[volver al índice](#)

TITULO: RECOMENDACIONES PARA UNA CONSULTA TELEFONICA EFECTIVA Y SEGURA

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: El impacto de la pandemia por COVID-19 en la asistencia sanitaria ha generado espontáneamente nuevas formas de organización y de atención a los pacientes.

Uno de los cambios más importantes ha sido la implantación mayoritaria de la consulta telefónica, llegando casi a sustituir en algunos momentos a la consulta presencial.

Esta modalidad de consulta se ha implantado bruscamente debido a las excepcionales circunstancias sin tiempo para planificar su implantación, ni para definir su uso ni para la formación y el adiestramiento de los profesionales.

Todos estos factores condicionan la efectividad y la seguridad de la atención en esta nueva modalidad de consulta telefónica

Análisis: Un grupo de trabajo de médicos, enfermeras, mandos intermedios y técnicos de calidad de la Gerencia de Atención Primaria (AP) analizó el problema. Se realizó revisión bibliográfica y se hizo discusión en grupo identificándose la necesidad de recomendaciones sobre la consulta telefónica en varios aspectos.

Propuestas de mejora, planes de acción: Se plantearon recomendaciones en tres aspectos:

- Recomendaciones generales sobre la consulta telefónica
- Guion de consulta telefónica para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas
- Guion de “banderas rojas” (síntomas de alarma/patologías graves que descartar) en consulta telefónica por síntomas agudos.

Se elaboró un borrador de cada documento por dos miembros del grupo y se revisó por el resto

Resultados conseguidos: Se elaboraron y difundieron entre todos los profesionales tres documentos:

- Una infografía breve sobre recomendaciones generales de la consulta telefónica en la que se destacan cuatro recomendaciones críticas:
 - o descartar “banderas rojas” (síntomas de alarma),
 - o “abrir paraguas” (informar al paciente ante que síntomas debe volver a consultar y por qué vía) y
 - o garantizar la información crítica (medios telemáticos, read back...)
 - o cuando la consulta debe ser presencial

Además se planteaban recomendaciones sobre las condiciones y el momento de la llamada, los pasos a seguir...

- Un documento con un Guion para el seguimiento de pacientes con Diabetes, Factores de RCV, Insuficiencia Cardíaca, EPOC y Asma.

Para cada una de las patologías se describen los pasos a seguir prestando especial atención a:



- o Como realizar el examen físico indirecto
- o Cuando la consulta debe ser presencial
- o Que ítems son esenciales mantener en situaciones de sobrecarga asistencial
- Una infografía en la que se enumeran 18 motivos de consulta agudos más frecuentes en AP y para cada uno de ellos se definen los Síntomas y Signos de Alarma (y las patologías graves que sugieren) que hay que descartar en consulta telefónica. Además, en algunos de esos motivos de consulta se recomienda la consulta presencial

AUTORES: GARZON GONZALEZ, GERARDO¹; CAÑADA DORADO, ASUNCION¹; ESPEJO MAIMBE, MOISES¹; CASTELO JURADO, MARTA²; SAEZ MARTINEZ, FRANCISCO JOSE³; TORRALBA MOLINA, ESMERALDA⁴

CENTRO DE TRABAJO: DT PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS¹, CS FEDERICA MONTSENY. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS², CS ARGANDA DEL REY. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS³, UAR DANO. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS⁴



ID: 134

[volver al índice](#)

TITULO: ANALISIS DE FALLOS POTENCIALES MEDIANTE AMFE DE LA CONSULTA TELEFONICA EN EPOCA DE PANDEMIA COVID-19

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La pandemia actual por SARS-CoV-2 ha sido un reto en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, modificando especialmente la manera en la cual se organiza el proceso de la atención al paciente. En Atención Primaria, uno de los cambios más importantes ha sido la generalización de la consulta telefónica, implantada inicialmente para evitar aglomeraciones en los centros de salud y desplazamientos innecesarios. Por tanto, la evaluación crítica de esta nueva modalidad identificando los posibles riesgos, era un nuevo desafío necesario de afrontar, en pro de la seguridad de los pacientes y del mantenimiento de la calidad asistencial

Objetivo/s a conseguir: Identificar fallos potenciales, y sus causas, en el proceso de la consulta telefónica

Metodología a aplicar: Se creó un grupo de trabajo con profesionales asistenciales (médico de familia, pediatra, enfermera, TCAE, auxiliar administrativo) coordinados por técnicos.

Se definieron las etapas del proceso de atención telefónica, identificando 9 etapas.

Se identificaron, para cada etapa, los posibles fallos sus efectos y sus causas, mediante un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), considerando los diferentes contextos asociados a la pandemia (ola pandémica, transición, clúster, brotes, etc) y valorando tanto la atención COVID como la no-COVID. Se priorizaron los fallos y causas mediante puntuación con el índice IPR de la frecuencia, gravedad y detectabilidad

Resultados esperables: Se identificaron 14 riesgos prioritarios en 4 de las etapas del proceso, además de un riesgo global:

- En la etapa de Valoración:
 - o Anamnesis/valoración incompletas
 - o Examen físico (indirecto) incompleto
 - o Autoexploración inadecuada
 - o No despistaje de patologías urgentes/graves
- En la etapa de Seguimiento:
 - o Pérdida de seguimiento de pacientes crónicos
 - o Ausencia de detección de reagudizaciones
 - o Fallo en informar sobre síntomas de alarma para volver a consultar
- En la etapa de gestión de Pruebas diagnósticas
 - o Demora en valoración de resultados
 - o Fallo en el sistema de alertas ante resultados críticos



- En la etapa de Tratamiento/intervenciones:
 - o Errores en tratamientos crónicos (indicación, duplicidades...)
 - o Errores de medicación del paciente
 - o Revisión incorrecta de tratamiento
 - o Falta de adiestramiento en la autoadministración
 - o Ausencia o ineficiencia de intervenciones educativas
- Riesgo global: Infrautilización de consultas presenciales necesarias

Se están trabajando barreras, procedimientos y recomendaciones sobre estos riesgos

AUTORES: GARZON GONZALEZ, GERARDO¹; DEL PINO DE LA FUENTE, ALMUDENA²; CLEMENTE LIROLA, ELVIRA³; MORENO RODRIGUEZ, M^a ALICIA⁴; DEL POZO JUDEZ, M^a CRUZ⁴; VIÑOLO PAJARES, ISABEL⁴

CENTRO DE TRABAJO: DT PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS¹, CS MARQUES DE LA VALDAVIA. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS², CS ALGETE. GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS³, GERENCIA AS. ATENCION PRIMARIA. SERMAS⁴



ID: 138

[volver al índice](#)

TITULO: INTERVENCION ENFERMERA PARA PREVENIR LAS CAIDAS DESDE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Otros

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Las caídas forman parte de los Grandes Síndromes Geriátricos.

Afectan a los mayores vulnerables y tienen repercusiones sobre su mortalidad y morbilidad. Su etiología es multifactorial y requiere un abordaje geriátrico integral, evaluación multidimensional y multidisciplinar del mayor y adopción de medidas preventivas y rehabilitadoras.

La edad es el mayor factor de riesgo de las lesiones por caídas.

La prevención de las caídas y la disminución de las lesiones puede mejorar la calidad de vida y reducir el elevado gasto de los cuidados de salud que generan, siendo Atención Primaria un nivel privilegiado desde donde se puede hacer la principal intervención para su prevención.

Análisis: Los profesionales de enfermería de Atención Primaria tienen una posición privilegiada para un control y seguimiento individualizado, una detección y diagnóstico precoz del anciano frágil con riesgo de caídas.

Crear un programa adecuado y ponerlo en conocimiento del personal para aplicarlo, junto con actividades de educación para la salud favorece e instruye sobre el envejecimiento activo, una de las principales líneas a seguir dentro de las estrategias de atención al paciente crónico para potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente, que previenen las caídas y los efectos indeseados de las mismas.

Propuestas de mejora, planes de acción: Crear un programa interno con intervenciones de enfermería para Prevenir caídas en toda la población mayor de nuestro centro de salud.

Resultados conseguidos: Se hizo una revisión bibliográfica en bases de datos Epistemonikos, Cuiden, SciELO introduciendo descriptores atención de enfermería, accidentes por caídas, prevención primaria, estilo de vida saludable con operadores booleanos AND y OR. Criterios de selección Revisiones sistemáticas, estudios observacionales descriptivos y cualitativos, con la intervención de enfermería en AP para prevenir caídas, incluyendo publicaciones en inglés, español o portugués.

Se obtuvieron 68 artículos en total seleccionando 8 que concretaban más sobre el tema a tratar, con resultados que decidimos abordar creando un protocolo con las siguientes pautas de actuación de enfermería.

Realizar un Barthel a toda persona mayor de 65 años.

Los que presenten un resultado superior a 90, se les hace cribado de fragilidad y valoración del Riesgo de caídas, con sus factores intrínsecos (cambios del propio envejecimiento con una valoración geriátrica integral) y extrínsecos (adherencia terapéutica al tratamiento, visita programada a domicilio para valorar los riesgos en el hogar, valoración del entorno y del nivel de movilidad).

Los de bajo riesgo, se ofrecerá consejo sobre actividad física habitual y alimentación saludable ofertadas a la población autónoma no frágil, englobadas en estilos de vida saludable.



Los de alto riesgo, se ofertarán programa de actividad física, control de medicación y revisión de los riesgos del hogar y un programa de educación para la salud individualizado con revaluaciones frecuentes incluyendo a la familia y su entorno.

AUTORES: BURGOS MESA, JUAN MANUEL¹; CEBALLOS SANTOS, L²; VARGA DEL HOYO, R²; HIERRO PEREDA, S¹

CENTRO DE TRABAJO: GAP BURGOS¹, HUBU²



ID: 139

[volver al índice](#)

TITULO: LOGISTICA DE VACUNAS EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La vacunación ha sido uno de los grandes avances en medicina preventiva al disminuir la morbimortalidad frente a numerosas enfermedades considerándose la estrategia más eficiente y efectiva de prevención primaria y los profesionales de enfermería los responsables de asegurar que las vacunas se encuentran en condiciones óptimas de almacenamiento y conservación para evitar la pérdida de la capacidad inmunizante.

Análisis: Es importante conocer por parte del personal de Enfermería las premisas respecto al adecuado mantenimiento de las vacunas una vez recibidas en los centros sanitarios ya que es fundamental para la correcta protección de la población frente a las enfermedades inmunoprevenibles y los servicios de salud deben asegurar los recursos materiales necesarios como la actualización de las normas y el conocimiento al respecto por parte de todos los profesionales de la salud para asegurar esta respuesta inmune eficaz y evitar cambios en la temperatura que pudieran modificar la termoestabilidad de estos productos biológicos y garantizar así el éxito de la vacunación, de esta manera, se evitan problemas de salud de la población y pérdidas económicas.

Propuestas de mejora, planes de acción: Definir y conocer por los profesionales de enfermería, las normas más importantes para una correcta conservación, mantenimiento y almacenamiento de las vacunas, evitando cualquier alteración de la cadena de frío.

Resultados conseguidos: Tras una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Pubmed, Medline, Cinahl, Cuiden usando como descriptores Vacunas, Estabilidad, Refrigeración, Vacunación con operadores booleanos AND y OR, con tema de intervención, importancia del mantenimiento de las vacunas y publicaciones en español e inglés, obtuvimos 27 artículos, seleccionando 5 de probada validez para nuestro objetivo, agrupando los resultados en las siguientes recomendaciones:

Los puntos a tener en cuenta para conservar la estabilidad de las vacunas son: registro diario de temperatura de frigorífico con termómetro de T^º máxima-mínima; dejar espacio entre las cajas de las vacunas para que circule el aire, evitando que tengan contacto con las paredes; evitar la acumulación de hielo (>0,5 cm), ya que disminuye la capacidad de refrigeración; emplear bandejas de rejilla, para evitar la humedad y los depósitos de agua; colocar botellas con agua o placas de hielo en las puertas; ordenar las vacunas por tipo, lote y caducidad, colocando aquellas de uso más común en zonas más accesibles; situar las vacunas de gérmenes vivos en los estantes más fríos ya que son menos resistentes al calor y, las vacunas inactivadas, al ser más resistentes, en los estantes menos fríos; evitar su exposición a la luz, ya que son fotosensibles.

Dichas recomendaciones fueron recogidas en un único documento, disponible en el centro y difundido entre todos los profesionales de enfermería, designando a uno de ellos como principal responsable de vacunas.

AUTORES: CEBALLOS SANTOS, LAURA¹; BURGOS MESA, J²

CENTRO DE TRABAJO: HUBU¹, GAP BURGOS²



ID: 140

[volver al índice](#)

TITULO: ADHERENCIA TERAPEUTICA A TRAVES DE LA HOJA DE PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: En 2018, el 48,8% de las personas con enfermedades crónicas no era adherente a su tratamiento farmacológico pautado. Cada vez, el número de personas con más fármacos prescritos está aumentando, es decir, las personas polimedicadas (que toman 5 o más medicamentos) son más (pasando de 2,5% en 2005 a 8,9% en 2015 para todas las edades, llegando a un 28% en mayores de 64 años). Las consecuencias de este mal cumplimiento terapéutico son repercusiones para la salud de los pacientes, así como el gasto sanitario aumentado (10.500 millones de euros) y las cifras de mortalidad (10.000 muertes asociadas a ello).

Una de las circunstancias que influye en la mala adherencia es el desconocimiento de los pacientes del horario y la dosis de medicamentos a tomar, siendo más notorio en personas mayores de 65 años que son independientes para el manejo de su medicación y en situaciones como cambios de medicación, alta hospitalaria, etc. En muchos casos existe la posibilidad de proporcionar a los pacientes una hoja impresa con la medicación prescrita, pero esta no siempre es completa y comprensible por los pacientes.

Objetivo/s a conseguir: El objetivo principal de este plan de mejora es aumentar la adherencia al tratamiento prescrito.

Previamente es necesario revisar la medicación y la adecuación de la toma de medicamentos en coordinación con el médico de atención familiar y comunitaria al menos una vez al año con métodos como STOPP-START... y la adherencia del paciente a la medicación (cuestionario de Morisky-Green, entre otros).

Metodología a aplicar: Para conseguir el objetivo principal, se plantea la posibilidad de que el paciente obtenga en papel y de manera esquemática y de fácil comprensión la medicación que debe tomar, la dosis, el horario, fecha de fin de tratamiento y observaciones de dicha medicación (en ayunas, evitar con lácteos, tomar con cítricos...), así como nombre genérico y comercial en caso de ser necesario, y la indicación terapéutica de cada fármaco, incluso valorar adjuntar una imagen de la caja de los medicamentos o la medicación (comprimidos, cápsulas, ampollas...).

Esta hoja, que en ocasiones ya se facilita, debe ser completa y sencilla. El programa informático puede facilitarla pero en caso contrario, enfermería puede disponer de una plantilla para ofrecer al paciente su plan terapéutico personalizado, pudiendo añadir además, tratamiento no farmacológico. También se puede precisar la colaboración de las farmacias que indiquen la medicación disponible, y los formatos de caja y del medicamento en cuestión.

Resultados esperables: Se espera que de esta manera aumente la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para la toma de cada medicamento y ayuda para el reconocimiento de la medicación. Principalmente en personas mayores, independientes para la toma de su medicación o dependientes en los casos que sean los cuidadores formales o informales los que la administren; tratamientos crónicos, situaciones agudas, cambios de medicación al alta hospitalaria, dudas con el tratamiento, etc.

AUTORES: VIEDMA SANCHEZ, SILVIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD ILLECAS¹



ID: 141

[volver al índice](#)

TITULO: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE TRATAMIENTOS DE METOTREXATO EN UN SERVICIO DE SALUD

AREA TEMÁTICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La AEMPS ha emitido desde 2004 notas de seguridad relacionadas con riesgos potenciales de reacciones adversas (RA) derivadas de la confusión en la dosis administrada de metotrexato (MTX). En la última de ellas (2019) se exponían conclusiones de la revisión europea del Comité para Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (FV), concluyendo con la necesidad de introducir medidas de minimización de riesgos para tratamientos MTX.

A pesar de ello, el Sistema Español FV recibió 55 notificaciones de RA graves hasta 2019, 7 mortales, como consecuencia de administración diaria de MTX en lugar de semanal.

Considerando los cambios en la práctica clínica del último año, como consecuencia de la pandemia, que han supuesto la renovación automática de tratamientos, la reducción de revisiones periódicas y la relación telemática médico-paciente, se ve incrementado el riesgo de prolongar tratamientos con errores de prescripción que puedan comprometer la seguridad de los pacientes.

Esta circunstancia, acompañada a los riesgos inherentes por errores de prescripción y/o administración de MTX, hace necesario implementar intervenciones dirigidas a la revisión de estos tratamientos.

Análisis: En marzo 2021 se revisaron los tratamientos activos de MTX con vías oral o inyectable, analizando su pauta posológica en función a indicación y ficha técnica (FT). Fueron 3888 prescripciones, en las que se identificaron 278 errores potenciales de prescripción (7,2%). 248 de estos errores detectados correspondían a prescripciones emitidas en Atención Primaria (AP) y las restantes 30 en atención hospitalaria (AH), con amplia variabilidad entre áreas sanitarias.

A pesar de que el MTX se usa para tratar patologías gestionadas por facultativos AH (artritis reumatoide, psoriasis, Crohn,..) el volumen de prescripción inducida a AP es considerable, habiéndose visto incrementada durante la pandemia.

Los errores de prescripción detectados se debían al uso de pautas distintas a las semanales, exponiendo a pacientes a riesgos evitables por administrar medicación con frecuencia distinta a la de FT.

Propuestas de mejora, planes de acción: Los farmacéuticos AP elaboraron informe detallado de errores de prescripción desagregado por áreas sanitarias y prescriptores, advirtiendo los riesgos e incluyendo recordatorio de dosis habituales y recomendaciones para la correcta prescripción y seguimiento farmacoterapéutico.

Se implicó a equipos directivos y comisiones de Calidad y Seguridad, enviando en marzo dichos informes a prescriptores para su revisión.

Resultados conseguidos: En abril se analizaron las prescripciones enviadas en los informes: 42 (15%) habían sido modificadas, bien la pauta (31;11%) o cambiadas por otra presentación MTX (11;4%). 31 tratamientos (11%) ya no estaban vigentes por haber sido suspendidos, superar su duración o por éxitus.

Estas intervenciones farmacéuticas tiene gran impacto, disminuyendo PRM y eventos evitables, aunque se hace preciso impregnar cultura de seguridad del paciente para lograr mayor implicación de los prescriptores.



AUTORES: HERRERO DELICADO, RAFAEL¹; LOPEZ HERNANDEZ, R¹; TOBARUELA SOTO, M¹; ABELLON RUIZ, J¹; RAUSELL RAUSELL, V¹

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO GESTION FARMACEUTICA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD¹



ID: 142

[volver al índice](#)

TITULO: REVISION PARA LA PRESCRIPCION SEGURA DE OPIOIDES TRANSDERMICOS

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En los últimos años se ha producido un incremento general en la prescripción de opioides, especialmente en indicaciones crónicas no oncológicas. Nuestra Comunidad Autónoma (CCAA) no ha sido una excepción a esta tendencia global, observándose un aumento progresivo del consumo.

Tanto la FDA como la AEMPS han emitido alertas relacionadas con el uso seguro de los parches transdérmicos de opioides tras la notificación de varios casos de sobredosificación con resultado de fallecimiento. Las causas que se atribuyeron fueron la prescripción incorrecta o una mala utilización de estos dispositivos.

Análisis: La renovación automática de tratamientos crónicos, la consulta telemática y reducción de revisiones periódicas son algunos de los cambios observados en la práctica clínica como consecuencia de la pandemia y han contribuido a aumentar el riesgo potencial de sobredosificación y dependencia al prolongar en el tiempo tratamientos con errores de prescripción. Estas circunstancias hacen necesario impulsar la revisión de aquellos tratamientos que puedan suponer un problema de seguridad de los pacientes, como es el caso de los opioides administrados por vía transdérmica (TD).

Propuestas de mejora, planes de acción: Se revisaron todos los tratamientos en febrero de 2021 prescritos con fentanilo y buprenorfina por vía TD, analizando su pauta posológica. Fueron 4.387 prescripciones en las que se identificaron un 4% de errores potenciales. Los fallos más frecuentes detectados fueron en los intervalos entre dosis y en las dosificaciones con decimales, que inducen a la fragmentación de los dispositivos transdérmicos alterando la integridad de la forma farmacéutica.

Tras el análisis de los datos, se elaboró un informe detallado de los errores de prescripción desagregados por cada una de las áreas sanitarias, incluyendo un recordatorio de las dosis habituales y una serie de recomendaciones para la correcta prescripción. Se implicó a los equipos directivos de las Áreas y a las correspondientes comisiones de Calidad y Seguridad, enviándoles dicho informe para que lo hicieran llegar a los prescriptores y procedieran a su revisión.

Resultados conseguidos: En el mes de abril se revisaron nuevamente aquellas prescripciones potencialmente erróneas, comprobando que en un 17,4% de los casos se había modificado la pauta tomando en consideración las recomendaciones aportadas en el informe y en un 6,4% se había cerrado el tratamiento (por suspensión, fin de tratamiento o exitus del paciente). En total se modificaron un 23,8% de los tratamientos propuestos, evitando potenciales eventos relacionados con la seguridad de los pacientes.

La revisión de los tratamientos, especialmente de aquellos más susceptibles de prescripción inadecuada y en las circunstancias actuales originadas por la pandemia, tiene un gran impacto en términos de calidad asistencial, disminuyendo problemas relacionados con la medicación y eventos evitables.

AUTORES: LOPEZ HERNANDEZ, RUTH¹; HERRERO DELICADO, RAFAEL¹; TOBARUELA SOTO, MARIANA¹; ABELLON RUIZ, JUAN¹; RAUSELL RAUSELL, VICTOR¹

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE GESTION FARMACEUTICA SMS¹



ID: 144

[volver al índice](#)

TITULO: IMPACTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA NOTIFICACION DE INCIDENTES ¿UN RETO PENDIENTE?

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Los sistemas de notificación de incidentes en relación con la atención sanitaria son herramientas que nos permiten mejorar la seguridad del paciente, estudiando los incidentes notificados, identificar los riesgos de seguridad y desarrollar intervenciones para mitigar estos peligros a fin de reducir los daños en los pacientes. En nuestra organización, se dispone de un sistema de notificación de incidentes de seguridad desde el año 2007. En un inicio el formato de registro era en soporte y papel, pero evoluciono a un Sistema informático: SNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente). Este sistema es corporativo y se utiliza tanto en el ámbito hospitalario como de Atención Primaria. En el año 2014 con la constitución de las Organizaciones Sanitarias Integradas, donde se unieron hospitales con centros de Atención Primaria, nos vimos en la necesidad de adaptar el Sistema de notificación de incidentes a esta nueva realidad. Con el paso de los años, fuimos conscientes que se notificaba más en el ámbito hospitalario que en el de Atención Primaria y entonces nos propusimos trabajar en reforzar la cultura de seguridad en este ámbito.

Análisis: Partimos del análisis de la información de los incidentes registrados en los últimos años desde que nos constituimos como OSI en el año 2014, lo cual nos permitió hacernos una idea de la sensibilización de los profesionales con la notificación de incidentes e identificar en que ámbitos teníamos que incidir de manera especial. A pesar de que en el año 2015 se realizaron sesiones formativas en el 100% de los Centros de salud de nuestra OSI, el número de incidentes notificados era sensiblemente inferior respecto al ámbito hospitalario. Analizamos así mismo la evolución que había habido en la formación de los profesionales de Atención Primaria, es decir, porcentaje de profesionales que están formados.

Propuestas de mejora, planes de acción: - Descentralizar la gestión del análisis de los incidentes a cada centro de salud

- Identificar un líder y un equipo para el análisis de incidentes en cada centro
- Reforzar la información / formación de los profesionales de Atención Primaria en materia de seguridad de pacientes
- Apoyo desde la unidad de calidad al equipo de análisis utilizando herramientas sencillas de análisis de causas
- Seguimiento periódico indicadores establecidos

Resultados conseguidos:

- Ha aumentado la notificación de incidentes en el ámbito de Atención Primaria
- Se han consolidado algunos grupos de análisis de incidentes en Atención primaria
- Ha aumentado el número de profesionales formados en los centros de salud
- Es positivo formar y sensibilizar a los profesionales en formación (MIR de familia, EIR de familia, e estudiantes de pregrado.) en seguridad del paciente, al objeto de formatear la notificación y análisis de incidentes



AUTORES: MARTIN GONZALEZ, VANESA¹; SANCHEZ PEREZ, A.B¹; CELORRIO DIEZ, S¹

CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO SESTAO¹



ID: 145

[volver al índice](#)

TITULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE 2.0: INVOLUCRANDO A LA CIUDADANIA

AREA TEMATICA: Participación de ciudadanos/pacientes por su seguridad

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Como cada año, la OMS celebra el Día Mundial de la Seguridad del Paciente el 17 de septiembre. Desde nuestra organización, consideramos importante recordar en este año marcado por la pandemia de la COVID-19 algunas medidas para que la ciudadanía participe activamente en su propia seguridad.

Análisis: En años anteriores se celebraba esta Jornada con mesas informativas donde profesionales sanitarios informaban personalmente a los pacientes sobre distintos temas relacionados con su seguridad. Como consecuencia de la pandemia, cualquier acción presencial quedó descartada desde el inicio. El equipo de Calidad nos reunimos para rediseñar la Jornada teniendo presente nuestro objetivo principal: Concienciar a la ciudadanía sobre la importancia de involucrarse en su propia seguridad

Decidimos utilizar las redes sociales como plataforma principal para desarrollar la Jornada de la Seguridad del Paciente 2020. En nuestros perfiles contamos con una comunidad de unas 700 personas por lo que el alcance de los mensajes podía ser amplio y además permitía interacción con los usuarios

Propuestas de mejora, planes de acción: Diseñamos la Jornada de Seguridad de Paciente que se dilataría durante toda la semana del 17 de septiembre. Cada día de dicha semana, realizaríamos publicaciones en Facebook y Twitter exponiendo distintos temas relacionados con la Seguridad del Paciente

El contenido principal de las publicaciones fueron una serie de tres vídeos que grabamos con profesionales de nuestra organización, tratando puntos clave de la Seguridad del Paciente: La higiene de manos, realizado por la enfermera de Medicina Preventiva, el uso correcto de mascarillas, protagonizado por el alumnado de 4º de enfermería y la hoja de tratamiento, explicado por la Responsable de Farmacia. También nos pusimos en contacto con la asociación del EPOC, para que fueran ellos mismos los que grabaran un vídeo trasladando un mensaje.

Resultados conseguidos: Tras finalizar la Jornada, consultamos las estadísticas para poder medir la repercusión que tuvieron las publicaciones y el resultado fue satisfactorio. Sumando todas las publicaciones de la semana en ambas plataformas conseguimos un alcance total de 4.552 personas. Esto hace una media de alcance por publicación de 311 personas.

Otro indicador que es significativo para medir el resultado de la Jornada es el número de interacciones que han tenido las publicaciones. Sumando las interacciones de todas las publicaciones en ambas redes, hace un total de 348 interacciones y una media de 58 por post.

En conclusión, este nuevo formato de “Jornada de la Seguridad del Paciente 2.0” ha tenido una buena acogida en redes. En vistas a futuras Jornadas de este tipo, sería una buena opción fusionar las actividades presenciales que veníamos haciendo años anteriores con los mensajes en redes sociales. De esta manera, llegaríamos a población más diversa que es probable que no esté presente en redes sociales pero que sí visite los Centros de Salud

AUTORES: CELORRIO DIEZ, SARA¹; SANCHEZ PEREZ, A.B¹; MARTIN GONZALEZ, V.¹

CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO¹



ID: 146

[volver al índice](#)

TITULO: CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN DE NACOS TRAS NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En el primer trimestre del 2020, a raíz de las medidas relacionadas con el confinamiento, se cambió la estrategia de atención en el ámbito de la atención primaria. En relación a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes ORALES con AVK (fármacos anti-vitamina K) se proyecta la revisión de pacientes susceptibles de cambio a NACO (nuevos anticoagulantes orales) siguiendo las recomendaciones y siguiendo los criterios de financiación de la AEMPS , con el fin de reducir las visitas presenciales al centro de salud .

Análisis: Los pacientes con AVK en 2019 eran 4.074 siendo 2.984 en 2020, mientras que pacientes con NACO pasaron de los 3.360 de 2019 a 4.774 en 2020

Durante este periodo de cambio se registraron varias notificaciones en el sistema de notificación de eventos adversos relacionados con este cambio: ausencia de inicio de la nueva pauta, ausencia de prescripción de la nueva pauta, doble toma de pauta previa y actual, pérdida de adherencia a nueva pauta por desconocimiento de efectos secundarios

Propuestas de mejora, planes de acción: Se creó un grupo de trabajo integrado por profesionales de atención primaria, farmacia y hematología para analizar la situación y errores detectados y crear un proceso de atención integral.

Se identificó como factores contribuyentes: gran volumen de pacientes con opción de cambio, circuito no definido entre la propuesta de cambio, la prescripción y la comunicación al paciente, disminución de la asistencial presencial y ausencia de información escrita para el paciente

Se creó e implementó un procedimiento que presta atención a los puntos más críticos: propuesta de cambio de tratamiento por hematología en un periodo de 7 días; comunicación de la propuesta del cambio al EAP; enfermería durante la entrega de la pauta actual informa al paciente del cambio en días posteriores y cita para EPS; MAP valora contraindicaciones al cambio de pauta, MAP y hematológica se coordinan para seguimiento del paciente; farmacia comunica los pacientes con cambios definitivos y visados de NACOS próximos a caducar.

Resultados conseguidos: Las notificaciones relacionadas con este tema pasaron de 20 a 2. el personal implicado , hematología, MAP, enfermería y farmacéutica indicaron que el procedimiento cumplía sus expectativas, que el circuito que se había definido ha mejorado su control sobre el proceso.

AUTORES: PUERTA FERNANDEZ, FRANCISCA¹; SANTAMARI ORTIZ, MARIA AMPARO²; PEREZ GRASA, ALBERTO¹; MONTEAGUT PENADES, EMILIA¹; DIEZ AGULLO, DAVID³; FERNANDEZ DE MAYA, JOSE³

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENTO TORREVIEJA¹, HOSPITAL DE TORREVIEJA², DEPARTAMENTO DEL VINALOPO³



ID: 147

[volver al índice](#)

TITULO: MAPA DE RIESGOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Las medidas puede ser reactivas, una vez ocurridas buscando sus causas o proactivas detectando los riesgos y haciéndoles frente.

El Centro de salud de Crevillente y el de San Luis contaban con un mapa de riesgos del 2017 y se propuso realizar uno nuevo en enero 2020 mediante técnica AMFE para priorizar aquellos riesgos más importantes y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes.

El grupo de trabajo identificó los subprocesos y modos de fallo. Tras revisión por la unidad de calidad se envió a los responsables para identificación de los efectos y causas posibles para esos modos de fallo.

Además se pidió una valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección para evitar el riesgo, otorgando un valor según cada dimensión dando una puntuación final resultante de la combinación de estas (NPR)

Tras análisis por unidad de calidad y responsables de NPR más elevados se realiza priorización y acciones preventivas.

Análisis: Los subprocesos y modos de fallos analizados fueron:

Citación-admisión

Atención en consulta

Relacionados con la medicación

Atención domiciliaria

Continuidad asistencial

Material e instalaciones

Propuestas de mejora, planes de acción: La priorización tras la puntuación NPR y las soluciones propuestas:

- Intromisión intimidad durante solicitud de cita en admisión: Marcas en el suelo indicando distancia personal.
- Demora: cita telefónica; autogestión, triaje telefónico
- Barrera idiomática: Traducción información paciente
- Diagnóstico erróneo: Sesiones clínicas, tutorización primeros días
- Prescripción incompleta: sesiones formativas, auditoria
- Solicitud prueba paciente erróneo: Disminuir citas-horas; sesión clínica



Resultados conseguidos: La revisión de las medidas con mayor puntuación y fecha prevista muestra que:

- Se ha señalado en suelo la distancia interpersonal en mostrador.
- Se realiza tutorización del personal médico los primeros días tras su incorporación.
- Las agendas se han reorganizado, dando más peso a consulta telefónica, lo que ha permitido disminuir en parte la presión asistencial.
- Las citas presenciales son autogestionadas por cada profesional, excepto urgencias, favoreciendo el contacto telefónico
- Las revisiones de HC muestra que han disminuido las prescripciones incompletas.
- Se ha incluido en manual de acogida de enfermería elementos sobre uso seguro de la medicación.
- Se disponen de más información para pacientes traducida.
- Se han realizado sesiones formativas sobre barreras y facilitadores en la comunicación, errores diagnósticos e identificación correcta de pacientes
- Se han realizado 2 sesiones formativas relacionadas con errores de diagnóstico y de identificación correcta de pacientes.

AUTORES: HERNANDEZ RUIZ, NURIA¹; PUERTA FERNANDEZ, FRANCISCA²; CUADRADO ZAPLANA, MARIA ROSA³; FERNANDEZ DE MAYA, JOSE⁴; BETANCOR SOCAS, JOSE GREGORIO³; MIRALLES PARRÉS, MARIA JOSE⁵

CENTRO DE TRABAJO: CS CERVILLENTE¹, DEPARTAMENTO VINALOPO², CS SAN LUIS³, DEPARTAMENTO TORREVIEJA⁴, CENTRO DE SALUD DE CREVILLEN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELX-CREVILLEN⁵



ID: 148

[volver al índice](#)

TITULO: MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA DE ATENCION PRIMARIA EN TIEMPOS DE COVID

AREA TEMATICA: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La situación actual de pandemia exige replantear la temporalización de las consultas de Odontología de Atención Primaria, especialmente en relación con el riesgo de infección cruzada al tratarse de una consulta de especiales características si se compara con otras del mismo nivel asistencial, por existir en la misma un riesgo aumentado de transmisión de SARS-CoV2 entre pacientes si no se respetan los protocolos existentes de los que existe evidencia científica. Esto cobra especial importancia en el caso de los procedimientos generadores de aerosoles.

Dada la situación cambiante en cuanto a la información y la evidencia disponible, se hace necesario establecer propuestas de mejora y un plan de mejora continua en dichas consultas.

Objetivo/s a conseguir: Generales

Realizar análisis de situación y necesidades de la población que acude a la consulta.

Facilitar el desarrollo profesional en relación con el contexto actual.

Mejora en resultados en cuanto a protocolos actualizados, mejora accesibilidad a la consulta, etc.

Específicos

Mejora en la accesibilidad

Mejora en la agilidad y alta resolución de los procesos

Implementar actividades preventivas

Mejora continua de calidad científico-técnica

Mejora en el desarrollo profesional

Uso de herramientas existentes y consulta telemática

Metodología a aplicar: Diseño y aplicación de un ciclo de mejora continua en la seguridad del paciente que acude a la consulta de Odontología de Atención Primaria, con definición y medición de indicadores de proceso y de resultado y autoauditorías periódicas.

Resultados esperables: Se espera conseguir un equilibrio entre las necesidades de la población y el respeto a los protocolos existentes en las distintas publicaciones que existen hasta la fecha, distinguiendo entre consultas demorables y no demorables y logrando unos tiempos de atención aceptables que respeten la temporalización (tiempo asignado) que exige el momento actual, especialmente en los procedimientos generadores de aerosoles. Mejora en la atención de urgencias dentales. Disminución en los tiempos de espera y consultas más resolutivas, aprovechando las herramientas



que ofrece el Servicio de Salud para la comunicación con nuestros pacientes. Finalmente, lograr motivación y actualización continua de la formación de nuestros profesionales.

AUTORES: RODRIGUEZ PRIEGO, MARIA ESTHER¹; COSTELA SERRANO, CARMEN¹

CENTRO DE TRABAJO: AREA DE GESTION SANITARIA SUR DE GRANADA¹



ID: 149

[volver al índice](#)

TITULO: ¿PANADIZO HERPÉTICO O PARONIQUIA?: A PROPOSITO DE UN CASO

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Mesa Mejores Casos

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 18 meses que acude con su madre a consulta de pediatría de Atención Primaria. Antecedentes: prematuridad, no más antecedentes de interés. No alergias ni tratamiento medicamentoso habitual.

El motivo de consulta es la aparición de una herida en la falange distal del primer dedo de la mano derecha. La madre nos comenta la tendencia repetida a chuparse el dedo. A la exploración física, objetivamos la presencia de hinchazón, eritema, dolor, edema y pus, limitado a la falange distal. Además, llanto enérgico por dolor a la palpación. No presencia de vesículas hasta el momento.

Se decide drenar la zona mediante punción debido a sospecha de paroniquia (también llamado “uñero” o “panadizo”). Evacuación de líquido escasamente purulento y de aspecto más sanguinolento. Se aplica pomada antibiótica y vendaje oclusivo para evitar que se chupe el dedo y aislar la zona y se indica que vuelvan a acudir a la consulta en 2-3 días para ver evolución.

Al día siguiente, acude de nuevo a consulta por empeoramiento de la herida y la aparición de vesículas de aspecto hemorrágico-purpúricas y descamación que se expande a todo el dedo. En ese momento, se sospecha de panadizo herpético, el cual es provocado por el virus Herpes Simple (VHS) tipo 1 o tipo 2, siendo más común en niños que se chupan el pulgar (como es el caso de nuestro paciente) y no por las bacterias *Staphylococcus aureus* o estreptococos, responsables de la paroniquia.

El tratamiento del panadizo herpético no requiere incisión y drenaje de la zona afectada, ya que no producen alivio y puede aumentar la viremia y sobreinfección. Tras la fase aguda, desaparece el dolor y las vesículas toman un aspecto seco y en forma de costras. El paciente tomó durante 5 días Aciclovir oral y curas por su enfermera de Pediatría de Atención Primaria hasta resolución del cuadro (en torno a 3 semanas aproximadamente).

Análisis realizado: Realizamos un análisis del caso según el diagrama de espina de pescado de Ishikawa. Las causas principales que provocaron el fallo en el diagnóstico (necesidad) y el empeoramiento del cuadro (necesidad) fueron: 1) La falta de manejo en este tipo de lesiones debido a la escasa incidencia del panadizo herpético; 2) Falta de coordinación del equipo multidisciplinar porque en el momento de la primera consulta no se encontraban todos los integrantes en el Centro de Salud y se actuó al pensar que se trataba de una paroniquia; 3) Ausencia de realización de prueba que ayudase a realizar el diagnóstico certero ya que todo parecía indicar que se trataba de una paroniquia.

Conclusiones / aprendizaje: - Cursar la prueba más adecuada entre las disponibles (cultivo viral, pruebas PCR, serología, pruebas de anticuerpos fluorescentes, etc.)

para analizar antes de realizar la punción y drenaje de forma precoz.

- Mejor y adecuada coordinación del equipo multidisciplinar.
- Mejorar la formación en patologías pediátricas.
- Realizar un diagnóstico diferencial adecuado ante el próximo caso similar que se presente.



AUTORES: PRIETO ZAMBRANO, PEDRO¹; DE PEDRO GARCIA, CESAR¹; SAN JOSE GALLEGO, MARIA REYES¹; VICENTE GABRIEL, SARA MARIA¹; GUTIERREZ VELICIA, SORAYA¹; PINTADO GARRIDO, CRISTINA¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA VALLADOLID ESTE (GAPVAE)¹



ID: 150

[volver al índice](#)

TITULO: UNA REACCION A TENER EN CUENTA.

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Presentamos el caso de una paciente de 47 años que acude a nuestra consulta de atención primaria contando un cuadro de cefalea occipital, sudores fríos, y mareos de una semana de evolución. Niega haber tenido fiebre, vómitos ni otros síntomas acompañantes, no refiere cuadros similares previos. Entre sus antecedentes personales destacan: flemón dental desde el día 9 de noviembre de 2020, enfermedad celiaca y 2 partos normales. No tiene alergias medicamentosas conocidas. Tampoco presenta factores de riesgo vascular ni hábitos tóxicos. Está tomando metamizol 575 mg cada 8h y amoxicilina 750 mg cada 8h como tratamiento del flemón (desde el 9/11/2020). Solicitamos una analítica de sangre con el siguiente resultado: leucocitos 7200 uL (neutrófilos 0 uL; linfocitos 4000 uL; monocitos 3200 uL; eosinófilos y basófilos 0 uL). Resto del hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica sin alteraciones. Derivamos al servicio de hematología para estudio de neutropenia severa sin otras citopenias ni coagulopatía. Tras estudiar el caso diagnostican a la paciente de Neutropenia severa posiblemente secundaria a efecto adverso relacionado con la toma de metamizol. Suspenden tratamiento con metamizol e instauran tratamiento hospitalario con Neupogen 300mcg, 1 inyección subcutánea al día durante 7 días. La paciente evolucionó favorablemente con una rápida recuperación clínica y analítica, mostrando una cifra de neutrófilos de 27.600 uL el 15/12/20 y de 36.600 uL el 13/01/21.

Análisis realizado: Dicha reacción supone una discrasia sanguínea rara y potencialmente mortal caracterizada por una disminución de los neutrófilos circulantes. Estudios realizados han informado estimaciones de riesgo muy variables para la agranulocitosis inducida por metamizol, 1: 1500 recetas en Suecia y 1: 1'000'000 habitantes y año en España.

Al ser un fármaco ampliamente utilizado y dicha reacción, una consecuencia de gravedad, es importante que tras este evento se pongan las barreras necesarias para evitar que vuelva a ocurrir. Nosotros así lo hicimos explicándole a la paciente lo ocurrido para que fuese consciente de la contraindicación absoluta del metamizol que existe en su caso y notificándolo para que aparezca la alarma en la base de datos de la historia clínica electrónica hospitalaria y de primaria. Previamente no existían barreras activas porque no habían datos en su historia que nos hicieran sospechar que la paciente pudiera reaccionar así ante el uso de este medicamento. Lo importante en este caso fue el seguimiento estrecho de la paciente para detectar este efecto adverso.

Conclusiones / aprendizaje: Tal y como recomienda la "AEMPS" debemos realizar una anamnesis detallada previa a la prescripción para evitar su uso en pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad o hematológicas a metamizol o en pacientes con tratamiento inmunosupresor, usarlo solo para tratamientos de corta duración y vigilar durante el tratamiento la aparición de sintomatología indicativa de agranulocitosis.

AUTORES: PORTILLO RODRIGUEZ, MERCEDES¹; SANCHEZ HOLGADO, J¹; DIAZ MALDONADO, L¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZOBISPO¹



ID: 151

[volver al índice](#)

TITULO: LA TRAZABILIDAD IMPORTA: MEJORA DE LA GESTION DE LOS VIALES MULTIDOSIS EN LAS VACUNAS COVID-19

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Las condiciones actuales del estado de pandemia, la urgencia por inmunizar con rapidez al mayor porcentaje posible de la población, los sucesivos cambios en el protocolo vacunal y la incertidumbre de las dosis que se recibirán cada semana, junto con las características especiales de conservación y preparación que requieren las vacunas contra la COVID-19 suponen un elevado riesgo de errores en aspectos como planificación, almacenamiento, mantenimiento de la cadena de frío, manipulación y dilución, registro, ...

Análisis: Un incidente en el centro de vacunación en el que se produjo una disparidad entre el número de viales recibidos y el número de vacunas administradas nos hace reflexionar sobre todo el procedimiento y encontramos varios puntos débiles en el proceso, un error afortunadamente sin consecuencias para los pacientes pero que nos ha hecho ver la importancia de poder identificar rápidamente a las personas que pudieran estar afectadas por algún error en el proceso vacunal para poder tomar medidas de forma inmediata. Se trata de establecer una sistemática de trabajo que permita evitar errores por acción u omisión, pero que además nos permita seguir la trazabilidad de cada una de las vacunas, de tal forma que si se produjera cualquier tipo de problema pudiéramos identificar fácilmente a los pacientes afectados.

Propuestas de mejora, planes de acción: Se establece una sistemática de trabajo que detalla todas las tareas a realizar y qué profesionales están implicados, toda la unidad realiza las tareas de forma idéntica, se limita el número de personas en función de los viales que se van a recibir y se lleva un registro por escrito de todos los pasos intermedios desde la recepción de las dosis hasta el momento de su inyección y registro informático en la historia del paciente, cumpliendo en todo momento las instrucciones de cada fabricante y los protocolos de vacunación. Se identifica que enfermera ha puesto cada vacuna, con que vial y a que paciente y se guardan bajo custodia todos estos documentos.

Resultados conseguidos: Con las medidas implementadas, se ha mejorado la secuencia de trabajo y se asegura la trazabilidad de cada uno de los viales desde su recepción en nuestro centro de salud hasta el momento de desecharlo en el contenedor adecuado para asegurar el seguimiento e identificación a posteriori de posibles errores. Se garantiza así la concordancia entre la administración y registro, y se pone en valor la importancia de cumplir todas las medidas de prevención de errores incluso en procedimientos muy sencillos y repetitivos.

AUTORES: FERRADAS PEREIRO, SUSANA¹; RAMON BERNAL, ALICIA¹; VERDES LEZANA, M. CONSUELO¹; LOPEZ GUTIERREZ, JOSUNE¹; VIGURI ALONSO, ASIER¹; RESINES GALAZ, ELENA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD DE ZUAZO¹



ID: 152

[volver al índice](#)

TITULO: ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, ANALIZAMOS EL IMPACTO SOBRE LAS RECLAMACIONES EN GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA (GAP)

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Analizar las Reclamaciones de los años 2019-2020 en pandemia, ver las diferencias tanto en número como en motivo de las reclamaciones, incluyendo objetivar el responder las reclamaciones en menos de 60 días.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las reclamaciones del 13/03 al 21/06 de los años 2019-2020.

Variables analizadas:

motivo de reclamaciones

servicio reclamado

tipo de centros

tiempo de respuesta

Motivo de reclamaciones:

asistencial

trato

información

organización

habitabilidad

recursos humanos(RRHH)

otros

Servicio reclamado:

Medicina

Pediatría

Enfermería

Matrona

Odontología

Tipo de centro:

Atención Primaria(AP)



Servicio Normal Urgencias(SNU)

Servicio Urgencias Pediátrico(SUP)

Tiempo de respuesta: en 60 días

Resultados: Reclamaciones:

2020: 337

2019: 1037

descenso:67,50%

Diferencias:

marzo 49,24%

abril 77,54%

mayo 74,15%

junio 59,36%

Motivos frecuentes

2020:

asistencial 170

organización 90

RRHH 40

trato 19

información 1

habitabilidad 17

otros 0

2019:

asistencial 480

organización 353

RRHH 98

trato 51

información 27

habitabilidad 25

otros 3

Descenso respecto a 2019-2020 en ambos periodos:

asistencial 64,58%

organización 74,50%



RRHH 59,18%

trato 62,74%

habitabilidad 32%

información 96,29%

otros 100%

Motivos asistenciales

2020:

insatisfacción asistencial 105

demora asistencial 30

bajas laborales 15

prescripción 10

2019:

insatisfacción asistencial 210

demora asistencial 195

bajas laborales 12

prescripción 36

Descenso 2020:

insatisfacción asistencial 50%

demora asistencial 84,61%

prescripción 72,22%

Bajas laborales:25% aumento

Organización:

2020:

desacuerdo normas 57

cambio médico 17

otros 5

2019:

desacuerdo normas 75

cambio médico 179

anulación consultas 31

listas espera 29

Descenso con respecto a 2019-2020 en ambos periodos:



cambio médico 90,50%

desacuerdo normas 24%

anulación consultas 87,09%

listas espera 96,55%

Servicio reclamado

2020:

Medicina Familiar(MF) 153

Enfermería 38

Pediatría 20

2019:

M.F.564

Enfermería 77

Pediatría 99

Descenso 2020:

MF 72,87%

Enfermería 50,64%

Pediatría 79,79%

Centros

2020:

AP 316

SNU-SUP 21

2019:

AP 979

SNU-SUP 58

Descenso:

AP 67,72%

SNU-SUP 63,79%

Respuestas en 60 días: todas

Discusión / conclusiones: Analizar las reclamaciones es un buen indicador de calidad percibida y satisfacción de los usuarios.

Disminución en el número de reclamaciones (excepto baja laboral) en pandemia comparando con el año anterior y para todos los motivos, aumentando en abril-mayo.



En ambos años, el mayor número de reclamaciones son asistenciales:

insatisfacción

demora

bajas laborales

Segundo lugar, organización:

desacuerdo con las normas

cambio médico

anulación de consultas

Tratamos de analizar las diferencias hasta el fin de la alerta sanitaria. Aplicación de protocolos y medidas correctoras en problemas referidos.

AUTORES: GONZALEZ MARTIN, CARMEN TERESA¹; MADAN PEREZ, MT¹; GONZALEZ GUTIERREZ, R¹; WANGÜEMERT MADAN, MT²; CORDERO JORGE, NH³

CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD DE GERENCIA ATENCION PRIMARIA DE TENERIFE¹, CENTRO DE SALUD DE GÜIMAR, TENERIFE², BANCO DE SANGRE DEL CHUC³



ID: 153

[volver al índice](#)

TITULO: EL BOTON ROJO

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Desde el punto de vista social, y para mejorar la calidad de vida, durante los años 90 se implementaron en Europa, y más concretamente en los países nórdicos, los servicios de teleasistencia. Posteriormente, esta idea fue importada a otros países, entre ellos España.

La Teleasistencia es un servicio social de atención y apoyo personalizado, que permite a las personas usuarias, a través de una línea telefónica y con un sistema de comunicaciones informático específico, disponer de un servicio de atención permanente, las 24 horas del día, todos los días del año, atendido por profesionales con formación y medios técnicos, para dar respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social o de emergencia, incluida la movilización de otros recursos, si fuera necesario. El servicio va dirigido preferentemente a personas mayores de 65 años, y especialmente a los mayores de 80 años que precisen de dicho servicio para garantizar su atención, compañía y seguridad.

Son muchos los pacientes en Atención Primaria, que solicitan información sobre este recurso en las consultas médicas y de enfermería, siendo derivados a los trabajadores sociales para iniciar los trámites. El servicio no presta atenciones de carácter sanitario atención médica, manipulación de aparatos o instrumentos que precisen de conocimientos profesionales, que sean competencia de personal sanitario, traslado a centros de salud u hospitalarios.

Actualmente en nuestro Centro de Salud, se está llevando a cabo la campaña de vacunación frente al Covid-19 a los mayores de 80 años de nuestra zona básica.

Esta situación nos ha parecido una gran oportunidad de conocer, de primera mano, el uso de los servicios de Teleasistencia de nuestros mayores y nos proponemos saber, la utilidad que hacen del botón de asistencia durante su estancia en casa.

Objetivo principal

Conocer si nuestra población dispone de servicio de Teleasistencia domiciliaria

Objetivos específicos

Identificar el uso de los dispositivos para las actividades en el domicilio y durante la higiene personal.

Material y métodos: Para ello se hicieron 184 cuestionarios, de elaboración propia, entre nuestra población mayor de 80 años.

- Dispone de TELEASISTENCIA domiciliaria
- En casa lleva siempre el BOTÓN colgado o en la muñeca
- En la bañera/ducha deja el BOTÓN a MANO

Resultados: 114 pacientes de nuestra muestra disponen del servicio de Teleasistencia

Solamente el 64% de los pacientes lo lleva puesto en su domicilio y a la hora de la higiene personal es el 51% de ellos los que dejan a mano “el botón rojo”



Discusión / conclusiones: Es necesario que se proporcione a nuestros mayores, herramientas para su seguridad y revisar en las consultas de Atención Primaria, de manera prioritaria, el uso adecuado de los dispositivos de teleasistencia.

La preocupación sobre la seguridad de nuestros pacientes no consiste exclusivamente en proporcionarles recursos (teleasistencia, recet@, pastilleros, oxígeno domicilio...) sino que es nuestro deber sanitario revisar si dichas herramientas son utilizadas correctamente.

AUTORES: LAVANDERO CANTERO, MARIA JOSEFA¹; JIMENEZ CHIARRI, CARLOS¹; DOMINGO ESCUDERO, ROCIO¹; HERRERO VELAYOS, HELENA¹; ORTEGA MARTINEZ, MARTA¹; LLAMAS SANDINO, NURIA BEATRIZ¹

CENTRO DE TRABAJO: C.S. VALDEZARZA SUR¹



ID: 154

[volver al índice](#)

TITULO: EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO: DETECCION DE ERRORES EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: El Dispositivo Asistencial desarrolla en su ámbito la política institucional para DETECTAR LOS POSIBLES ERRORES que se produzcan en el proceso asistencial y establece protocolos para su notificación y estudio, de cara a instaurar políticas de prevención.

Se debe tener una actitud proactiva en la notificación de incidentes y eventos adversos, formando a sus profesionales en la plataforma de notificación de SINASP.

SINASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollada por el Ministerio de Sanidad, como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del SINASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

La información introducida en el SINASP es confidencial .

Siguiendo esta política, el dispositivo asistencial también notifica las RAM.

Análisis: Notificaciones realizadas en SINASP año 2020 : Incidentes declarados 5, todos ello en el ámbito de la consulta, 4 fueron hechas por enfermería y 1 por medicina. Según su severidad 2 han sido riesgo medio, 1 riesgo bajo y 1 sin clasificar. Ninguno de ellos ha causado daño al paciente, pero un 40 % tenían capacidad de causar un incidente. Según los factores contribuyentes un 40% fue el entorno del trabajo, 20% factores externos, 20% factores de organización (recursos humanos insuficientes), 20% factores profesionales (factores estresantes/emocionales/fatiga). Según su tipo, 28,57% caídas, 14,29% accidente del paciente, 14,29% coordinación entre niveles asistenciales (excluyendo medicación), 14,29% medicación (error de preparación/manipulación/acondicionamiento), 14,29% pruebas diagnosticas y el 14,29% restante equipos/dispositivos.

Notificaciones de RAMS :83 notificaciones, 2 en relación con efecto adverso de vacunas y el resto medicamentosas.

Propuestas de mejora, planes de acción: Formación en SINASP: Presentación en Reunión de Equipo de Memoria Anual de Eventos Adversos y Errores de Medicación para poder comparar y aprender de nuestros errores.

El procedimiento operativo debe incluir todas aquellas medidas que el Dispositivo lleva a cabo para que todos los profesionales que prestan sus servicios en él, de manera permanente o temporal, lo conozcan. Debe describirse cuál es la sistemática para transmitirlo: cartelería, formación, correo electrónico, página Web del dispositivo, y/o un profesional o profesionales responsables de informar al personal. Se hace especial hincapié en formar a profesionales de nueva incorporación .

Resultados conseguidos: Tras la presentación de los resultados en el equipo , donde se analizó el bajo registro a nivel de SINASP, deberíamos incidir mas en la formación para notificar ,que puede resultar un poco dificultoso por la cantidad de datos que hay que introducir y precisar de contraseña para acceder a la plataforma. Las notificaciones RAMs, sin embargo, al estar incluidas en la historia clínica del paciente es mas sencillo su acceso y declaración.



AUTORES: PILLADO BASANTA, IVAN¹; GOYANES RIESGO, SONIA²; CORTINA FERNANDEZ, JAVIER³; FERNANDEZ RIESGO, MAGALY⁴; LECUMBERRI MUÑOZ, JAVIER¹

CENTRO DE TRABAJO: CS NAVIA¹, CS EL LLANO², CONSEJERIA ASTURIAS³, FARMACIA COMUNITARIA⁴



ID: 155

[volver al índice](#)

TITULO: USO SEGURO DEL MANEJO DE LA ANAFILAXIA

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Se debe sospechar cuando aparece de forma aguda o rápidamente progresiva (minutos u horas) un síndrome caracterizado clínicamente, en un 80% de los casos, con síntomas cutáneos como urticaria, angioedema, prurito palmoplantar y/o eritema, junto con la afectación de otros sistemas, como el respiratorio, el cardiovascular o el digestivo. Sin embargo, en torno al 20% restante de las anafilaxias no cursan con afectación cutánea y podrían debutar con una forma de presentación más atípica, como hipotensión o edema de vía aérea alta (edema laríngeo).

Existen datos epidemiológicos que indican que la prevalencia de anafilaxia está aumentando en España.

En los últimos meses, con el inicio de las vacunaciones masivas a la población mundial contra el virus SARS-CoV2, se han dado casos de reacciones anafilácticas a las vacunas utilizadas. En el último informe de farmacovigilancia de Vacunas Covid 19 publicado por la AEMPS se recuerda que es necesario disponer del tratamiento médico adecuado en los puntos de vacunación para el manejo de los eventuales cuadros de anafilaxia que pudieran ocurrir.

Análisis: En muchas ocasiones el diagnóstico de anafilaxia no es evidente, y por eso la aproximación al paciente con anafilaxia debe ser sistemática.

Por ello se establece que es necesario disponer de pautas de manejo adecuado de anafilaxia tanto en los puntos de vacunación como en el resto de centros donde puede ser necesario.

Propuestas de mejora, planes de acción: Elaborar hojas informativas para profesionales sanitarios con pautas de manejo de anafilaxia en adultos y población pediátrica, que fueran visuales, y que estuvieran disponibles para poder ser utilizados ante cualquier sospecha de anafilaxia.

Resultados conseguidos: Se han elaborado tres fichas informativas con pautas de manejo adecuado de anafilaxia. Dos en adultos, ya publicadas, una en centro sanitario y otra en domicilio de los pacientes, y una de anafilaxia en pediatría pendiente de publicación.

En la elaboración de las tres fichas han participado profesionales sanitarios: médicos de familia y pediatría, enfermeros y farmacéuticos. Las tres fichas han sido revisadas por un equipo multidisciplinar con competencias en la revisión de medicación.

En las fichas informativas se recogen los criterios diagnósticos de anafilaxia, la medicación necesaria y el algoritmo de actuación en cada uno de los casos.

En la hoja informativa de adultos en domicilio se recoge la administración de adrenalina IM como única medicación necesaria en sospecha de anafilaxia. Este documento ha sido además incorporado a una recomendación de seguridad dirigido a las enfermeras que administran vacunas COVID 19 en los domicilios.

AUTORES: LARA GARCIA-ESCRIBANO, SUSANA¹; LINDO TORRES, ANGEL LUIS²; GARCIA FERNANDEZ, NIEVES³; PEREZ HERNANDEZ, ANA ISABEL⁴; FUENTES RODRIGUEZ, ELENA⁵; DE LA CALLE TEJERINA, PALOMA⁶

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA¹, SAR GALAPAGAR², CS REINA VICTORIA³, CS TORRELODONES⁴, DA CENTRO⁵, CS TORRES DE LA ALAMEDA⁶



ID: 156

[volver al índice](#)

TITULO: UN HABITO SALUDABLE Y SEGURO

AREA TEMATICA: Participación de ciudadanos/pacientes por su seguridad

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Objetivo principal: Describir la frecuencia de baño/ducha de los pacientes que cumplen los criterios de servicio 420 "la atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional".

Objetivos secundarios:

- 1) Conocer la frecuencia de baño o ducha, teniendo en cuenta el nivel de dependencia, valorado a través del Índice de Barthel.
- 2) Detallar la frecuencia de baño o ducha con la presencia de un cuidador.

Material y métodos: La recogida de las variables se realizará a través de un cuestionario en el que se valoraba: el Índice de Barthel y se añadieron las siguientes preguntas: ¿Con qué frecuencia se baña o ducha? y ¿Tiene un cuidador que le ayude? Como criterios de inclusión para la muestra se seleccionarán a los pacientes que se encuentran en el servicio 420: "la atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional", como criterios de exclusión, todo paciente institucionalizado y pacientes que fallezcan durante el periodo de estudio.

Resultados: De los 503 encuestado, la frecuencia de baño/ducha más habitual es "una vez a la semana". La frecuencia menor es "cada cinco días". La frecuencia "cada dos semanas" y "cada mes" fue insignificante. La frecuencia de baño/ducha en los diferentes niveles de dependencia fue muy similar. Si observamos las variables de frecuencia de baño y la presencia de cuidador, 65% no precisan cuidador para esta necesidad y 35% precisan cuidador.

Discusión / conclusiones: Dada la gran diferencia de la frecuencia de baño/ducha de la muestra, es preciso seguir profundizando en futuros estudios sobre las características de la necesidad de la higiene personal, con el objetivo de aumentar la seguridad del paciente y poder focalizar los cuidados que nuestros mayores necesitan.

AUTORES: JIMENEZ CHIARRI, CARLOS¹; LAVANDERO CANTERO, MARIA JOSE¹; DOMINGO ESCUDERO, ROCIO¹; HERRERO VELAYOS, HELENA¹; ORTEGA MARTINEZ, MARTA¹; LLAMAS SANDINO, NURIA BEATRIZ¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD VALDEZARZA SUR¹



ID: 157

[volver al índice](#)

TITULO: VITAMINA D Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Largas

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En marzo de 2019 la AEMPS emitió una alerta sobre la vitamina D por casos graves de hipercalcemia por sobredosificación en pacientes adultos y en pediatría.

Durante la pandemia por covid se ha promocionado su uso por un efecto protector frente al coronavirus, sin evidencias sólidas.

En enero de 2021 se detectó un alto número de recetas de vitamina D dispensadas a una mujer de 42 años. Se revisó el tratamiento, detectándose un error en la prescripción, no coincidente con la pauta que constaba en el informe médico e hipervitaminosis D (mayor de 150 ng/ml).

Se contactó con el médico para comunicarle el caso y con la paciente, quien confirmó que en los últimos seis meses la tomó diariamente.

Análisis: Los errores de prescripción son evitables pero particularmente relevantes, pueden mantenerse en el tiempo y originar consecuencias negativas en la salud.

La prescripción de medicamentos es un acto médico muy frecuente. Necesita tiempo suficiente y un entorno adecuado que permita la comunicación entre el médico y el enfermo.

La presión asistencial excesiva, la falta de coordinación entre niveles asistenciales, junto con la reciente comercialización de presentaciones con dosis altas de vitamina D, potenciado por la actual situación de pandemia, influyen negativamente en la calidad de la prescripción y por tanto en la seguridad del paciente.

Propuestas de mejora, planes de acción: En febrero de 2021 se analizaron las prescripciones de vitamina D en el sistema receta electrónica en la población de la comunidad autónoma y se inició una intervención de seguridad relacionada con los errores de prescripción de medicamentos.

Se extrajeron los tratamientos de vitamina D en la comunidad y su pauta. Se seleccionaron las pautas no incluidas en ficha técnica que podían repercutir en la seguridad del paciente. Se extrajo la última analítica de niveles de vitamina D cuando se disponía. Se informó a los prescriptores de los errores en la prescripción y en caso de niveles tóxicos o sobredosificación, se contactó telefónicamente con el médico.

Resultados conseguidos: Se analizaron 31.248 prescripciones de vitamina D encontrando un 4% con errores en la pauta posológica. Se elaboró un informe por médico con los pacientes afectados por errores de prescripción, que se envió a las Gerencias para su remisión a los médicos responsables de los tratamientos, tanto de primaria como de hospital y se informó a las Comisiones de Calidad y Seguridad de las Áreas.

Adicionalmente se realizó una intervención activa, mediante llamadas telefónicas a los prescriptores comunicándoles el error en la prescripción, cuando el nivel de vitamina D era superior a 100 ng/ml.

En abril se evaluó la intervención y como resultado un 53% de prescripciones fueron modificadas.



La implantación en el servicio de salud de un sistema de detección de errores de prescripción de medicamentos en el ámbito ambulatorio que pueden comprometer la seguridad del paciente, se ha mostrado efectivo en la prevención de consecuencias negativas para los pacientes afectados.

AUTORES: TOBARUELA SOTO, MARIANA¹; HERRERO DELICADO, R¹; LOPEZ HERNANDEZ, R¹; ABELLON RUIZ, J¹; RAUSELL RAUSELL, V¹

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO GESTION FARMACEUTICA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.¹



ID: 158

[volver al índice](#)

TITULO: AUMENTAR LA SEGURIDAD ANTE UNA SITUACION DE URGENCIAS

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La atención en urgencias médicas supone un gran desafío para los profesionales de los centros de salud (CS), debido a la escasa cantidad de casos que encontramos de parada cardiorrespiratoria (PCR) que precisen una atención de reanimación cardiopulmonar (RCP) en los CS. Las posibilidades de sobrevivir del paciente afectado dependen de una correcta cadena de supervivencia: técnicas que, realizadas de forma ordenada, consecutiva y en un periodo de tiempo lo mas breve posible, han demostrado científicamente ser los más eficientes para evitar errores en el proceso de atención de PCR. Consideramos que es de vital importancia la formación y el desarrollo de habilidades de los profesionales para garantizar la seguridad de la cadena. Como son, establecer protocolos de actuación en RCP, normalizar revisiones del carro de parada y del maletín de urgencias para la atención en domicilio del paciente y de vital importancia, aumentar conocimientos científicos en RCP para una actuación eficaz y poder realizar la cadena de supervivencia de una forma segura para los pacientes.

Objetivo/s a conseguir: Fomentar y mejorar la seguridad del paciente durante la prestación de atención sanitaria ante una situación de riesgo vital inminente, adquiriendo conocimiento científico y prácticos específicos, una correcta organización y mediante la revisión sistemática de los medios disponibles en el CS.

Metodología a aplicar: Desde nuestro CS existe una Comisión de Seguridad en Urgencias. En la cual, seguimos el procedimiento de control y mantenimiento del carro de parada y maletines de urgencia elaborado por los profesionales de Atención Primaria.

Empleando el ciclo de Deming de mejora continua y planificamos en 2021:

Renovar el protocolo de actuación en RCP (organigrama intento del CS) según las nuevas guías publicadas en 2021, renovación del material del maletín de urgencias, revisiones sistemáticas del carro de parada y maletín con material de urgencias en caso de atención en domicilio(listas chicklist), conocimiento de la ubicación del material, actualización de la cartelería, conocimiento de la secuencia de supervivencia por parte de los profesionales del centro, impartir talleres de RCP, soporte vital básico y soporte vital avanzado, tanto adulto como pediátrico y la simulación de casos reales implicando a todo el centro.

Resultados esperables: Esperamos que llevando estas acciones durante el periodo del 2021 consigamos una mayor adhesión y cumplimiento de las revisiones del material y de las fechas de caducidad. Difusión y aprendizaje de la cadena de supervivencia y una correcta implementación en todo el equipo multidisciplinar que permita evitar los máximos errores o fallos en situaciones de riesgo vital. Todo el personal del centro este formado en RCP y sea capaz de aplicar las técnicas de forma correcta. Reducir la falta de material o posible caducidad del mismo. Realizar una evaluación en 6 meses tras la implementación de estas medidas y así valorar su eficacia, su efectividad y las posibles mejoras.

AUTORES: CARRETERO SANZ, JAVIER¹; HEBRERO VICENTE, PAULA¹; BENSLAIMAN AL HARRAK, HALIMA¹; FERRER ARAPILES, HELENA¹; MORENO GARCIA, BARBARA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA¹



ID: 159

[volver al índice](#)

TITULO: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA COMUNICACION

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan de profesionales en formación (MIR, EIR, MAIR, PIR...)

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 82 años que realiza consulta en su centro de salud de forma telefónica, refiriendo molestias en área genital y se le pautó tratamiento con bencidamina 500 mg, en sobres. Se hace receta electrónica que la paciente recoge en la farmacia. Es un sobre de uso tópico diluido y la paciente lo tomó vía oral. Después de ingerirlo y notar muy mal sabor, tuvo dudas de si era esa la vía de aplicación y al mirar la caja, observó indicado claramente en letras rojas "no ingerir" uso tópico. Por lo que acudió a Urgencias.

En la ficha técnica del producto indica que "Los síntomas asociados a ingestión de bencidamina son principalmente síntomas gastrointestinales y síntomas del sistema nervioso central. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes son náuseas, vómitos, dolor abdominal e irritación esofágica. Entre los síntomas del sistema nervioso central se incluyen mareo, alucinaciones, agitación, ansiedad e irritabilidad", recomendándose hidratación y observación.

En analítica se apreció acidosis metabólica que precisó tratamiento intravenoso y observación hasta su normalización, con una estancia de 12 horas hasta su control. Durante su estancia permaneció asintomática.

Análisis realizado: Categorías relacionadas con el evento:

- 1) Comunicación: La comunicación telefónica no fue eficaz. Independientemente que se diera o no la indicación de la vía tópica, está claro que el mensaje no llegó adecuadamente al receptor
- 2) Medicación: Vía de administración errónea por el propio paciente

Tipo de incidente:

Incidente que llegó al paciente

Grado de daño:

Causó daño temporal y precisó intervención: Evento adverso.

Tipo de daño:

Físico

Factores contribuyentes

- Factores relacionados con el paciente: La paciente no tenía ninguna afectación cognitiva previa aunque evidentemente no se dio cuenta de las indicaciones ni leyó correctamente las indicaciones del producto.
- Factores relacionados con el profesional: la comunicación telefónica posiblemente requiera de técnicas de refuerzo de las ideas clave o los mensajes más importantes
- Factores relacionados con el fármaco: casi todos los fármacos en sobre se administran vía oral. El hecho de que sea una excepción facilita el error. En la caja se advierte correctamente de este hecho.



Conclusiones / aprendizaje: En este caso, por evitar el riesgo de contagio por acudir presencialmente a un centro de salud se sometió al riesgo de permanecer 12 horas en un servicio de Urgencias.

La consulta telefónica es una herramienta de indudable valor, pero que posiblemente requiera un adiestramiento y adaptación de las técnicas de comunicación respecto a la presencial.

Los fármacos como este con una forma de aplicación diferente a la más común requieren un esfuerzo extra para que no queden dudas de su vía de explicación.

AUTORES: PADIN PEREZ, RAQUEL GEORGINA¹; LOPEZ TORNERO, MIREIA²; MOLINA CASTILLO, PATRICIA³

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD SANTA MARIA DE GRACIA¹, CENTRO DE SALUD VISTALEGRE LA FLOTA², CENTRO SALUD JESUS MARIN (MOLINA SUR)³



ID: 160

[volver al índice](#)

TITULO: ¿REALMENTE ES TAN IMPORTANTE LLEVAR LIMPIA LA SUELA DEL ZAPATO?

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: En la época de inicio de la pandemia, una de las recomendaciones que circulaba era limpiarse la suela de los zapatos para evitar propagar el virus. Se colocaron paños de fieltro en las entradas del centro sujetas con precinto, a las que se añadía lejía.

Un paciente de 60 años que acudía a revisión a las consultas y usaba una muleta para deambular resbaló en una de ellas sufriendo caída con fractura de cadera y hombro que precisaron cirugía.

Análisis realizado: Elementos del análisis:

Categorías relacionadas con el evento: Elementos estructurales, edificio.

Frecuencia / probabilidad de recurrencia: Ocasional

Tipo de incidente: Incidente que llegó al paciente y causó daño (evento adverso)

Grado de daño: Causó daño temporal y precisó el ingreso

Tipo de daño: Físico

Factores que contribuyeron al evento: La alfombra no queda del todo inmóvil y/o se deteriora con el uso

Medidas de reducción del riesgo: Retirar estas alfombras

Conclusiones / aprendizaje: Se revisaron las alfombras que se habían deteriorado, presentando arrugas y no estando bien sujetas al suelo. Se retiraron todas.

También se habían puesto empapadores en vestuarios y otros puntos que se aconsejaron retirar. Habían provocado alguna caída en profesionales sin consecuencias graves.

Antes de implantar medidas de protección hay que evaluar su impacto tanto en sentido positivo como posibles riesgos que puedan suponer modos de fallo adicionales.

AUTORES: SANCHEZ PEREZ, INMACULADA¹; ALCARAZ MARTINEZ, JULIAN¹; GOMEZ PELLICER, M^a DOLORES¹; GARCIA LORCA, ANA ISABEL¹; REINA NICOLAS, ISABEL¹; ORTIZ GONZALEZ, OLGA¹

CENTRO DE TRABAJO: AREA VI SERVICIO MURCIANO DE SALUD¹



ID: 161

[volver al índice](#)

TITULO: ADAPTANDO LOS TALLERES EN RCP PARA MAYOR SEGURIDAD EN PANDEMIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: La pandemia de SARS-COV-2 ha planteado una prueba de fuego para la seguridad de los pacientes y de los profesionales de Atención primaria. A la vez, que un desafío mayúsculo para la organización, planificación y atención de los Centros de Salud (CS). Dada la inminente necesidad de adaptarnos a esta situación increíblemente complicada, desbordante y dificultosa se han dejado de lado algunos aspectos como el reciclaje en formación, los simulacros o talleres o incluso los protocolos de revisión y vigilancia del material.

Ante situaciones de urgencia vital es fundamental que conozcamos la cadena de supervivencia, donde se encuentra el material a emplear, las funciones dentro del equipo multidisciplinar y la correcta realización de las técnicas necesarias para la mayor seguridad del paciente. En los CS son menos frecuentes las situaciones en las que se precisa la cadena de supervivencia en comparación con los hospitales, pero no por ello hemos de descuidar la formación en soporte vital básico (SVB), soporte vital avanzado (SVA) o en Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Objetivo/s a conseguir: Diseñar formación y talleres actualizados en SVB, SVA y RCP para que el personal multidisciplinar del centro pueda conocer las actualizaciones en dichas técnicas, una correcta organización, refrescar dichos conocimientos de forma científica y práctica. Organizar dicha formación de tal manera que se adecue a las normas de distanciamiento social e higiene necesarias por el SARS-COV-2 y con la máxima protección de todo el personal del CS.

Metodología a aplicar: Para poder lograr estos objetivos usando el ciclo de Deming de mejora continua, planificamos en 2021:

Se han diseñado unos talleres en SVB en adulto y en paciente pediátrico, en SVA en adulto y en paciente pediátrico y en RCP en adulto y en paciente pediátrico con teoría online actualizada según las nuevas guías e impartida mediante conferencias. Casos clínicos tras la teoría a discutir entre los asistentes y finalmente con dos sesiones prácticas presenciales. Una sesión con muñecos de adulto y de pediatría para la simulación de casos prácticos y una simulación de todo el centro para poner en práctica la cadena de supervivencia por parte de todos los trabajadores del CS.

Resultados esperables: Esperamos que llevando a cabo estos talleres y sesiones todo el personal multidisciplinar del CS adquiera o renueve los conocimientos necesarios para poder actuar en caso de una urgencia vital aumentando la seguridad de los pacientes. Conseguir que se adquieran estos conocimientos respetando las normas de higiene y seguridad y manteniendo la seguridad de todos los profesionales del centro. Un correcto desarrollo de la cadena de supervivencia ante estas situaciones y la realización más breve posible de la misma, logrando así el mayor porcentaje de éxito. Una mayor seguridad ante este tipo de situaciones de riesgo vital, aunque se produzcan de forma menos frecuente en los CS.

AUTORES: CARRETERO SANZ, JAVIER¹; LOPEZ LARA, ALEXANDRA²; FERRER ARAPILES, HELENA¹; MORENO GARCIA, BARBARA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE FATIMA¹, CENTRO DE SALUD VALDEZARZA²



ID: 162

[volver al índice](#)

TITULO: IMPULSO DE LA NOTIFICACION DE INCIDENTES EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: La notificación de incidentes de seguridad del paciente en nuestro ámbito de actuación se realiza principalmente a través del SINASP.

Se trata de un Área Sanitaria de gestión unificada de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria. En el balance anual de notificaciones se detectó que en 2020 no se había recibido ninguna incidencia procedente de AP.

Desde la implantación del SINASP en el Área Sanitaria en 2015 se han recibido 485 notificaciones, de las cuales sólo 9 han procedido de AP.

Análisis: Las causas identificadas son:

1. Escasa cultura de seguridad del paciente entre profesionales de AP
2. Desconocimiento del:
 - o sistema de notificación
 - o los códigos necesarios para notificar
 - o quién puede notificar
3. Intenso recambio de profesionales
4. Consecuencias de la pandemia por COVID 19:
 - o falta de tiempo para notificar debido a la carga de trabajo y a la rápida adaptación al cambio en el modelo de atención
 - o dedicación de profesionales responsables de la gestión del riesgo a la atención directa

Propuestas de mejora, planes de acción: Se incorporó una enfermera del ámbito de AP a la Unidad de Calidad como responsable de seguridad de paciente en los Centros de Salud.

Se llevó a cabo una campaña destinada a fomentar la cultura de seguridad del paciente y la notificación entre profesionales de AP:

1. Difusión de cartelería en los centros destacando los aspectos principales del SINASP y los códigos necesarios para notificar
2. Mensajería y publicidad a través del correo electrónico de la formación específica:
 - curso online de SINASP destinado a profesionales de atención primaria ofertado por el Ministerio
 - curso sobre seguridad de pacientes destinado a TCAES organizado por el organismo público de formación de la Comunidad Autónoma



3. Se elaboró y se envió por correo corporativo a todos los profesionales una presentación sobre la seguridad del paciente, destacando su objetivo de mejora y otros aspectos como la confidencialidad y la no punicidad
4. Actividad en formato “píldora formativa” destinada a todas las categorías profesionales sobre seguridad del paciente

Resultados conseguidos:

- Se han comenzado a recibir notificaciones procedentes de AP. En los últimos cuatro meses se han notificado 3 incidentes en seguridad procedentes de este ámbito, lo que supone un 33,3% del total de incidentes notificados por profesionales de AP desde la implementación SINASP en 2015
- 135 profesionales del ámbito de AP han realizado la formación online del SINASP: el 35% del total de personas formadas en el Área Sanitaria
- 31 personas han asistido a la formación presencial

Finalmente, hemos aprendido la necesidad de acompañamiento y apoyo a los profesionales para el fomento de la cultura de seguridad de pacientes y la notificación de incidentes.

AUTORES: ANSEDES GARCIA, LETICIA¹; ALONSO ANTUÑA, TANIA¹; MONTES GUTIERREZ, CRISTINA¹; LOPEZ MARTINEZ, DOLORES¹; MAESTRE GARCIA, ANGELES¹; FERNANDEZ ZAPICO, DIANA¹

CENTRO DE TRABAJO: AREA SANITARIA VIII, SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS¹



ID: 163

[volver al índice](#)

TITULO: LAS PRISAS NO SON BUENAS

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 27 años que llama a su médico de atención primaria para solicitar estudio de infecciones de transmisión sexual (ITS) tras relación sexual de riesgo. Se solicita serología y exudados vaginal y endocervical.

A las dos semanas consultamos el resultado en la historia informática y llamamos a la paciente para informar del resultado negativo de las pruebas, no habiendo ninguna ITS.

A las dos semanas, revisando las órdenes clínicas pendientes de ver, aparece el resultado positivo para Chlamydia Trachomatis en el exudado endocervical.

Llamamos a la paciente, explicamos el error y le informamos del resultado. Pautamos tratamiento y pedimos un exudado endocervical de control que, esta vez sí, comprobamos que está finalizado antes de llamar para comunicar el resultado a la paciente.

Análisis realizado: Hicimos: un análisis de lo sucedido, determinando que los factores contribuyentes más importantes fueron:

- Condiciones de trabajo: La sobrecarga de las consultas hacen que hagamos todo con prisa y no nos paremos a comprobar si el resultado está completo.
- Factores de comunicación y organizativos: Los resultados de los exudados endocervicales se van cargando en el ordenador según los obtienen en el laboratorio, sin constar en el informe lo que está pendiente de resultado. Esto produce que las PCR de Chlamydia y Gonococo, que tardan más en conocerse, se carguen días más tarde.
- Factores de tarea: Antiguamente se mandaba a los centros de salud el resultado de las analíticas en papel cuando ya estaba terminado el estudio, pero actualmente vamos teniendo los resultados según se va realizando el proceso.

Conclusiones / aprendizaje: Lo primero que hicimos una vez detectado el error es comunicarlo a CISEMadrid que es la aplicación que tenemos en la comunidad de Madrid para comunicar los incidentes de seguridad. Después de analizar las causas hicimos un plan de mejora en el que se informó al resto de compañeros para que el error no se volviera a repetir insistiendo en que se compruebe que todos los resultados de cualquier analítica solicitada están descargados antes de comunicarlos. Así mismo se habló con el servicio de microbiología del hospital de referencia para que no carguen los resultados de las pruebas solicitadas hasta que no esté el resultado completo, para no dar una información al paciente que puede ser errónea.

AUTORES: DE MIGUEL VICENTI, MARIA¹; SAN MIGUEL MARINERO, MARIA TERESA¹; FERNANDEZ DE ALARCON, ICIAR¹; TENA ORTEGA, GEMMA²

CENTRO DE TRABAJO: C.S ENTREVÍAS¹, SAR MEJORADA DEL CAMPO²



ID: 164

[volver al índice](#)

TITULO: GESTION DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos:

1. Reducir el riesgo asociado a un mal uso de los medicamentos estupefacientes en Atención Primaria.
2. Monitorizar de manera periódica la pauta, administración y adecuado registro en historia clínica de los fármacos estupefacientes de nuestro centro.
3. Normalizar la utilización y control de medicamentos estupefacientes de acuerdo con la legislación vigente en los centros sanitarios de Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio llevado a cabo en un centro sanitario integrado de Atención Primaria perteneciente a una zona básica de salud con una población de 30.000 habitantes.

Para la elaboración del estudio se realizó una monitorización y registro de los datos correspondientes a pauta y administración de fármacos estupefacientes desde el año 2019 a la actualidad, comprobando además la concordancia ambas con el registro en la historia clínica tanto por parte del médico prescriptor como de la enfermera que administra dicha medicación. Esta monitorización se realiza de manera diaria por la responsable asignada en el centro.

Para ello se llevó a cabo un circuito de actuación de manera consensuada e interdisciplinar en el cual se incluían las siguientes actuaciones:

- Comprobación e inventario diario de estupefacientes por responsable asignada.
- Custodia de llaves de armario de estupefacientes, disponiendo de una hoja de registro en la que se detalla el profesional encargado de la custodia en cada turno.
- Prescripción médica adecuada y detallada en vales de dispensación asignados para ello, quedando registrado:
- Datos y número de colegiado de médico prescriptor
- Datos del paciente, incluyendo SIP o número de historia clínica.
- Estupefaciente prescrito
- Datos del enfermero responsable de la administración
- Datos del testigo de desecho si lo hubiera
- Depósito de estupefacientes tras su uso.
- Recepción de estupefacientes con registro de persona que recibe la entrega.
- Devolución al servicio de farmacia



Resultados: Tras la implantación del circuito de atención se produjeron 5 incidencias en relación al uso de fármacos estupefacientes en nuestro centro, de las cuales 4 de ellas tenían relación con la concordancia entre la pauta registrada en la hoja de prescripción y el registro en la historia clínica.

Disponer de un circuito establecido con un orden de actuación escalonado ha demostrado ser efectivo en la reducción de incidencias en el uso de fármacos estupefacientes.

Discusión / conclusiones: El establecimiento de un procedimiento de actuación consensuado entre los profesionales de atención primaria ha demostrado disminuir los errores asociados a la gestión y manejo de los fármacos estupefacientes.

La mayor parte de las incidencias producidas en nuestro centro de Atención Primaria en relación al manejo de fármacos estupefacientes están relacionadas con la falta de concordancia entre el registro realizado en la historia clínica y la pauta y administración del fármaco.

AUTORES: CABELLO GONZALEZ, INMACULADA¹; RAMOS MECA, SILVIA¹; SOLER POMARES, LORENA¹; HERNANDEZ RUIZ, NURIA¹; FALCO MARTINEZ, JAIME¹

CENTRO DE TRABAJO: CSI CREVILLEN¹



ID: 165

[volver al índice](#)

TITULO: ACR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Mesa Mejores Comunicaciones Breves

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: En un centro de Atención Primaria, se implementan planes de acción gracias a la información reportada de las herramientas para la declaración de eventos adversos. Uno de los errores declarados, está relacionado con la pauta del sintrom; los pacientes estuvieron tomando una pauta errónea durante días. Según la clasificación de la matriz del “Severity Assesment Code” se trata de un evento Adverso que no causó daño pero precisó monitorización y se clasificó como de moderado riesgo.

Análisis realizado: Fase I: Planificación del ACR

Se detectaron errores en la entrega de la pauta del sintrom, los pacientes tomaron una pauta incorrecta durante días; se realizó una entrevista con los responsables del centro de salud para conocer circuitos establecidos y roles profesionales que participan en él.

Fase II: Recogida de Datos

Las pautas de sintrom que no son entregados en el momento que se recoge la muestra para el INR son redirigidas a la consulta de atención urgente de enfermería. La pauta es recogida por el paciente/familiar que, a demanda, pide el resultado al personal de la sala, incluso interrumpiendo la atención de otros pacientes. Este escenario ha desembocado al incumplimiento de una correcta identificación según recogen nuestros protocolos

Fase III: Identificación de Causa subyacentes

Para la identificación de las causas se realiza Diagrama de Espina de Pescado o de Ishikawa y los factores identificados son:

- Identificación errónea de la pauta
- No disponibilidad de consulta específica para la entrega de resultados
- Horario inadecuado
- Presión asistencial en consulta de urgencias

Se agrupan las ideas y se realiza una votación simple por cada miembro del grupo de votaciones, compuesto por cinco integrantes, con las puntuaciones 10,7,4,1 otorgando 10 puntos a la causa que el votante considera más prioritaria y 1 punto a de menos prioridad. Las causas más votadas de mayor a menor fueron las siguientes:

1. Identificación errónea de la hoja de resultados
2. No disponibilidad de consulta y rotación de personal para la entrega de resultados
3. Horario inadecuado
4. Presión asistencial en consulta de urgencias

Fase IV: Elaboración del Plan de Acción



- Fomentar la entrega de la hoja de resultado a través de portal de salud
- Disponibilidad de resultados con antelación por parte de hematología y cartelería informativa para evitar las interrupciones
- Establecer un horario para la entrega de la pauta y no hacerlo a demanda
- Colaboración de la asociación de pacientes anticoagulados de la zona básica de salud
- Impresión de pauta a pacientes/ familiares in situ y con SIP del paciente

Conclusiones / aprendizaje: La cultura de seguridad de nuestra organización es el producto de los valores, actitudes y competencias que determinan el compromiso de los profesionales así como sus habilidades para prestar una atención sanitaria de máxima calidad y seguridad. Tras el análisis realizado e implantación de planes de acción no se ha declarado en SINEA ningún evento relacionado con pauta del sintrom.

AUTORES: HERNANDEZ RUIZ, NURIA¹; FERNANDEZ DE MAYA, JOSE²; PUERTA FERNANDEZ, FRANCISCA²; AMOROS CANDELA, ALOMA¹; FALCO MARTINEZ, JAIME¹; CABELLO GONZALEZ, INMACULADA MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD CREVILLENTE¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPO²



ID: 166

[volver al índice](#)

TITULO: ANALISIS DE LAS DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD INDIVIDUAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RESIDENCIAL

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Establecer una propuesta de dimensiones de la vulnerabilidad individual para la seguridad del paciente residencial

Homogeneizar el registro mediante una plantilla individual

Analizar las dimensiones de la vulnerabilidad de nuestros pacientes residenciales

Proponer acciones que den respuesta a estas dimensiones

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal del conjunto de pacientes residenciales del centro de salud.

Se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo). Se revisó la bibliografía y se establecieron las siguientes dimensiones y su método de evaluación: riesgo de deterioro funcional: escala de Barthel; riesgo de deterioro cognitivo: Escala de Pfeiffer, Riesgo de deterioro nutricional: Mini Nutritional Assesment (MNA-SF); riesgo de úlceras por presión: Escala de Norton; riesgo de caídas: Escala de Tromp.

Se valoró el consumo de fármacos: polimedicación (≥ 5 fármacos), polimedicación extrema (≥ 10 fármacos), fármacos de alto riesgo (por consenso) y de manera específica fármacos hipnótico-sedantes y neurolépticos.

Se valoraron los diagnósticos clínicos relacionados con la vulnerabilidad individual para la SP (por consenso)

Resultados: Se incluyeron a 32 pacientes, si bien hubo 4 pérdidas, siendo analizados 28. La distribución por edades fueron: 60-69: 2 (7%), 70-79: 3 (11%), 80-89: 15(54%), 90-99:8 (29%). De ellos, 9 (32%) fueron varones y 19 (68%) mujeres. Riesgo de deterioro funcional (Barthel): Independiente: 0 (0%), Leve: 10 (36%), Moderado: 3 (11%), Grave:7 (25%), Total: 8 (28%). Riesgo de deterioro cognitivo (Pfeiffer): Normal:) 4 (14%), Leve: 2 (7%), Moderado 4 (14%), Severo: 15 (54%), No evaluado: 3 (11%). Riesgo de malnutrición (MNA-SF): Normal: 12 (43%), Riesgo de malnutrición: 11 (39%), Malnutrición: 5 (18%). Riesgo de úlceras por presión (Norton): Mínimo: 13 (46%), Bajo: 1 (4%), Medio: 6 (21%), Alto: 5 (18%), Muy alto:3 (11%). Riesgo de caídas múltiples (Tromp): Bajo: 10 (36%), Aumentado: 18 (64%). Polimedicados ≥ 5 fármacos: 26 (93%); ≥ 10 fármacos: 11 (39%). Fármacos de alto riesgo: 24 (86%), hipnótico-sedantes: 21 (75%), neurolépticos: 19 (68%). Diagnósticos asociados relacionados: 100%.

Se establecieron propuestas de abordaje proactivo y reactivo para la seguridad del paciente atendiendo a las dimensiones de la vulnerabilidad individual.

Discusión / conclusiones: Las dimensiones de la vulnerabilidad para la seguridad del paciente con mayor riesgo fueron: la funcional, la cognitiva y el riesgo de caídas, mientras que el riesgo de úlceras fue el menos prevalente.

Existe una alta tasa de polifarmacia, de fármacos de alto riesgo, hipnótico-sedantes y neurolépticos.

Todos los pacientes presentaron diagnósticos que afectan a su vulnerabilidad



Esta propuesta de valoración de las dimensiones de la vulnerabilidad puede ser de utilidad para diseñar estrategias que disminuyan los riesgos para la seguridad del paciente.

AUTORES: CASADO VIÑAS, JOSE MARIA¹; VEGA GUTIERREZ, MERCEDES¹; BRA FERNANDEZ, OLAYA¹; MIDON MARTINEZ, LAURA¹; CRESPO FERNANDEZ, LAURA¹; GONZALEZ GONZALEZ, MARIA BEGOÑA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LAS VEGAS, CORVERA¹



ID: 167

[volver al índice](#)

TITULO: VENOPUNCION GUIADA POR ULTRASONIDO

AREA TEMATICA: Otras prácticas seguras: identificación inequívoca, cirugía segura, comunicación efectiva entre profesionales, radiaciones ionizantes...

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Históricamente el uso de la ecografía por parte del personal de enfermería ha sido muy limitado. Sin embargo en los últimos años el aumento exponencial de producción científica que avala su manejo por parte de enfermería en determinadas técnicas animan a expandirlo en este grupo profesional (1).

El lugar donde mayor impacto ha tenido su aplicación es en el acceso vascular difícil, logrando aumentar la tasa de éxito y la satisfacción del paciente, así como disminuir las redirecciones del bisel previniendo el daño tisular y la lesión de nervios próximos, el tiempo invertido en la técnica y el número de intentos (2,3,4,5,6,7,8).

En atención primaria la venopunción para la recogida de muestras de sangre es una constante para el personal de enfermería que realiza esta intervención a diario y a un volumen importante de pacientes, enfrentándose por tanto a casos en las que la venopunción puede llegar a ser muy complicada, ya sea por características propias del paciente como por otros factores asociados como edema en miembros superiores, obesidad, quimioterapia, diabetes, hipovolemia, vasculopatías, enfermedad crónica, ancianos, hospitalizaciones previas, uso de drogas intravenosas...

Pese a que servicios como urgencias, emergencias y unidades de cuidados intensivos van incorporando la ayuda del ultrasonido como complemento de su trabajo diario en atención primaria no se ha planteado hasta la fecha aprovechar este dispositivo.

En 2016, Oviedo-García, publicó una carta al director en SEMERGEN (revista de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) en la que decía: "La evidencia científica actual avala el uso de la ecografía de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente, pero en nuestro país estamos aún muy lejos de que todos los servicios de urgencias, y todos los centros de atención primaria dispongan de un ecógrafo, y que todos sus médicos y enfermeros se encuentren formados y capacitados para la utilización del mismo, al igual que pasó en EE. UU. en su momento" (1).

Atendiendo a la ingente cantidad de evidencia científica que avala su uso en pacientes con venopunciones dificultosas parece razonable explorar su uso en este ámbito.

Objetivo/s a conseguir:

1. Incrementar la seguridad del paciente
 - 1.1. Prevenir la lesión del nervio cutáneo antebraquial lateral (10,11)
 - 1.2. Disminuir el número de punciones
 - 1.3. Disminuir la derivación hospitalaria
2. Incrementar la calidad asistencial
 - 2.1. Aumentar la satisfacción del paciente
 - 2.2. Disminuir el tiempo de la técnica



Metodología a aplicar: Procedimiento destinado a pacientes con una puntuación mayor de 8 en la escala EA-DIVA, un instrumento de medida mejorado y validado en 2018 para la predicción de dificultad en la venopunción.

Para la realización de la técnica se propone seguir de modelo las recomendaciones de la guía de práctica clínica de la American Institute of Ultrasound in Medicine actualizada en 2019 (12).

Resultados esperables: Mejorar la seguridad y satisfacción del paciente así como la eficiencia del procedimiento.

AUTORES: FALCO MARTINEZ, JAIME¹; HERNANDEZ RUIZ, N¹; CABELLO GONZALEZ, I¹; LLEDO GALVAÑ, M¹; RAMOS MECA, S¹; MEDINA DIAZ, S¹

CENTRO DE TRABAJO: CSI CREVILLENTE¹



ID: 168

[volver al índice](#)

TITULO: 5+2 EN EL ACTO VACUNAL

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En Atención Primaria, enfermería realiza una labor polivalente tanto en población adulta como pediátrica. En el caso de enfermería pediátrica se han observado ciertas dificultades en el manejo de la vacunación.

Se produce una sensación de ansiedad en el profesional menos familiarizado con esta área, relacionado con el miedo a no realizar correctamente la elección de la vacuna a administrar, el registro telemático y/o la gestión de posibles reacciones adversas postvacunales. Esto desemboca en la aparición de efectos adversos y miedo en el profesional, inseguridad en el paciente y desprestigio en la organización.

Análisis: La vacunología se encuentra en constante cambio y evolución. Los calendarios vacunales varían con frecuencia, siendo difíciles de recordar por aquellos profesionales con menor experiencia en esta área.

El miedo o la ansiedad no solo está latente en el área pediátrica sino en la vacunación de las diferentes etapas de la vida. Con la llegada de la vacunación frente a la covid-19, muchos profesionales han aumentado la sensación de inseguridad; miedo a no realizar correctamente el acto vacunal, cambios constantes de protocolos y desconocimiento.

Propuestas de mejora, planes de acción: Con una visión de mejora continua y contando con el apoyo de un comité de seguridad de paciente para garantizar la máxima calidad asistencial, abordamos el proceso de vacunación impartiendo formaciones y creando materiales corporativos tipo infografía y otros medios visuales de fácil acceso a todos los profesionales.

Se realiza un check-list previo a la vacunación, incluyendo los 5 + 2 correctos.

- Antes de la vacunación: Temperatura adecuada de frigorífico, material de emergencia accesible, identificación activa del paciente, comprobación del registro vacunal previo en sistema de registro informático, anamnesis de alergias/enfermedades previas, informar sobre la vacunación a administrar.
- Durante la vacunación: Verificación de vacuna a administrar, dosis correcta, higiene de manos, vía adecuada de administración, lugar anatómico adecuado de administración, técnica para reducir el dolor, eliminación adecuada de residuos.
- Después de la vacunación: Registro de vacuna administrada, informar de signos y síntomas de alarma, pautas de actuación ante efectos secundarios, vigilancia post-vacunal de 20-30min, cita para próximas dosis.

Resultados conseguidos: Con la implementación de formación periódica a los profesionales, el apoyo de los materiales corporativos y el check- list previo a la vacunación, durante el año 2020 se han declarado 4 eventos adversos relacionados con la vacunación pero ninguno de ellos causaron daño en el paciente. La declaración de estos eventos están relacionados con el registro de la vacunación y no con su administración no obstante, la notificación de eventos adversos nos ayuda a desarrollar planes de acción para perseguir la excelencia y la máxima seguridad en el paciente.

AUTORES: AMOROS CANDELA, ALOMA¹; LLEDO GALVAÑ, MANUEL¹; LLEDO BROTONS, JOSE FRANCISCO¹; HERNANDEZ RUIZ, NURIA¹; PUERTA FERNANDEZ, FRANCISCA²; FERNANDEZ DE MAYA, JOSE²

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD CREVILLENTE¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPO²



ID: 170

[volver al índice](#)

TITULO: HAY DATOS DEL PACIENTE QUE SON INDISPENSABLES

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 82 años, inmobilizado, que pone aviso a domicilio por aumento de disnea habitual, tos con expectoración y aumento de la purulencia del esputo. Tiene antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y EPOC leve.

Acude el médico a domicilio, tras realizar anamnesis, exploración y valoración de las posibles interacciones con tratamiento de base, decide pautar amoxicilina – clavulánico de 500/125 mgr cada 8 horas durante 7 días.

Al día siguiente, su médico habitual revisa el motivo del aviso y el tratamiento pautado, con el objetivo de llamar al paciente para ver evolución.

Según consta en la historia clínica tiene una tasa de filtrado glomerular (TFG) de 22 ml/min/1.73m², por lo que el antibiótico pautado debería estar ajustado a la función renal.

SE llama al paciente, se valora su evolución y se modifica la pauta del antibiótico.

Análisis realizado: - Condiciones de trabajo: en el domicilio del paciente no disponemos de la historia clínica para poder consultar las patologías que padece. Si el paciente no dispone de informes actualizados o no se ha podido consultar la historia clínica antes de acudir a domicilio, desconocemos las patologías previas.

- Factores del paciente: en este caso se trata de un paciente mayor, que a excepción de las patologías más frecuentes conocidas generalmente por casi todos los pacientes (hipertensión, diabetes, etc) desconozca o no nos sepa explicar su patología renal.

- Factores de tarea: cuando pautamos un tratamiento a un paciente nos solemos fijar en la existencia o no de alergias o intolerancia a diferentes fármacos, así como en las posibles interacciones con el tratamiento habitual, pero muchas veces no tenemos en cuenta su función renal, algo que es de vital importancia, sobre todo, en fármacos que tienen esta vía de eliminación.

Conclusiones / aprendizaje: La función renal es un parámetro que debemos tener siempre en cuenta, sobre todo en pacientes ancianos, para evitar efectos secundarios provocados por la escasa eliminación del fármaco.

Debemos implementar estrategias dirigidas a reducir estos errores en la prescripción, como pueden ser:

- Revisar la historia clínica del paciente antes de acudir al domicilio.
- Facilitar al paciente, cada cierto tiempo, un informe actualizado, no solo con el tratamiento habitual, sino también con las patologías más relevantes

AUTORES: SAN MIGUEL MARINERO, MARIA TERESA¹; DE MIGUEL VICENTI, MARIA¹; TENA ORTEGA, GEMMA¹; FERNANDEZ DE ALARCON, ICIAR¹

CENTRO DE TRABAJO: C.S ENTREVIAS¹



ID: 171

[volver al índice](#)

TITULO: RECUPERANDO LA INTIMIDAD DEL PACIENTE TRAS VARIAS OLAS DE COVID 19

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema / análisis para el problema planteado: Durante el último año la Atención Primaria (AP) ha tenido que adaptarse a la situación que se está viviendo a nivel mundial: la pandemia por Sars-CoV-2. Esto ha supuesto la creación y modificación de protocolos que, de forma indirecta, han afectado a la intimidad del usuario.

Debido a las numerosas transformaciones que se han hecho para velar por la seguridad del paciente y los profesionales y evitar contagios en los centros de salud (CS) se ha dejado atrás el cuidar de la intimidad del paciente sin casi percatarnos. Nos referimos a cambios como cambiar las visitas presenciales a telefónicas, dando resultados por este medio sin dejar otra opción. También el visitar con ventanas y puertas abiertas. Quitar todo el material y mobiliario prescindible, como pueden ser las cortinas. También la pérdida de continuidad asistencial por el mismo profesional, que, dejando de lado que afecta directamente a la seguridad de la atención al paciente, más profesionales de los requeridos han tenido acceso a su historia clínica y ha afectado a la intimidad desde el punto de vista físico. Otra de las adaptaciones que se hicieron fue el establecer un punto de triaje localizado en el mostrador de atención del centro, de forma que el resto de pacientes que se encontraban en ese lugar podían conocer cuál era el motivo de tu consulta.

Objetivo/s a conseguir: El objetivo principal es recuperar la intimidad del paciente.

Metodología a aplicar: Se estructurará el proceso en varias fases. La primera será la creación de una comisión multidisciplinar de los profesionales del CS interesados en aplicar modificaciones para mejorar el derecho a la intimidad del usuario. Mediante la metodología de brainstorming se recogerán los problemas percibidos relacionados con la intimidad. Para la priorización se hará servir la matriz de Hanlon para después comenzar el análisis de estos problemas detectados y poder determinar alternativas. Esta etapa se realizaría mediante un método cualitativo como el diagrama de causa-efecto o Ishikawa.

La implantación de acciones de mejora se realizará con la ayuda de un diagrama de Gantt y se irán evaluando por los profesionales de la comisión de trabajo y por otros profesionales del CS.

También se tendrá en cuenta la opinión del usuario diseñando una encuesta de satisfacción sobre el tema tipo Likert.

Resultados esperables: Se espera aumentar la percepción de intimidad del usuario, así como la percepción de ofrecer una atención adecuada por parte de los profesionales.

Mantener la comisión de trabajo activa para detectar futuros circuitos que puedan comprometer la intimidad del cliente y poder realizar evaluaciones periódicas sobre el tema en cuestión.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

AUTORES: GARCIA SANCHEZ, PAULA¹; FERNANDEZ DUART, ROSA¹; RIESGO MARTIN, JUAN¹; CARRERA ALFONSO, ELISABET¹; CALVET JUNOY, SILVIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP LA MINA¹



ID: 172

[volver al índice](#)

TITULO: ANALISIS DE MODELO DE CONSULTA NO PRESENCIAL EN DIABETICO PORTADOR DE SENSOR DE GLUCEMIA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 13 años de edad. Debut y diagnóstico en consulta de atención primaria de diabetes tipo I durante la primera ola de la pandemia por COVID-19. Portador de sensor de monitorización de glucemia. Seguimiento por endocrinología. El padre acude a consultas cada 28 días para recoger los sensores. Para facilitar la recogida y no interrumpir su actividad laboral, en ocasiones se dejan en control de acceso del Centro de Salud. Refieren buena adherencia desde consultas telefónicas, pero existe ausencia de datos objetivos para su comprobación y registro. El niño ya no acude a consulta por escolarización.

Análisis realizado: Mediante el diagrama de Ishikawa causa/efecto:

- **Equipo:** Los sensores para el autocontrol miden concentraciones de glucosa en líquido intersticial debajo de la piel. Permiten la lectura de cifras actuales, perfiles e informes a través de un lector o smartphone y aplicación informática (App). El paciente puede dar acceso a su App personal para descarga de datos y perfiles autorizando al profesional clínico o aportarlos impresos, este procedimiento es poco empleado en atención primaria.
- **Método:** La consulta no presencial, incrementada durante la pandemia, y el suministro desde control de entrada, puede ser un elemento facilitador, pero su uso sistemático puede ser una barrera en la calidad de la atención al paciente. Se solicitaron informes impresos de los perfiles. Tras su interpretación en consulta no presencial se detectaron patrones de hipoglucemias repetidas en la misma franja horaria. También se analizaron los patrones de ingesta de alimentos en varias entrevistas telefónicas.
- **Persona:** La facilidad de automonitorización y el autocontrol por parte del paciente puede inducir a falsa seguridad de adherencia, con autoadministración variable de insulina y dieta no adecuada. Padecía asintomático hipoglucemias diarias de forma sistemática a las diez de la mañana.
- **Organización:** La incompatibilidad de los horarios de consulta, escolar y laboral obstaculiza el seguimiento del paciente joven diabético tipo I.
- **Medio ambiente:** Los horarios escolares no siempre están adaptados a las necesidades de los escolares con necesidades de salud. La pandemia por COVID-19 ha fomentado las consultas no presenciales a demanda de pacientes y profesionales, pero pueden repercutir en un inadecuado control de la salud en ocasiones.

Conclusiones / aprendizaje: El paciente desayunaba a las 7:30 horas una dieta adaptada, pero rica en hidratos de absorción rápida y deficitaria en hidratos de absorción lenta y otros principios. El rápido metabolismo de éstos y la insulina rápida administrada causaban hipoglucemias de repetición inadvertidas en el mismo horario, antes de la ingesta del recreo a las 11:30. Se recomendó realizar modificaciones en el desayuno, y pequeñas ingestas en los breves descansos entre clases antes del recreo. Se incrementó el seguimiento y la educación para la salud con las necesidades detectadas.

AUTORES: MAJO GARCIA, RAUL¹; DIEZ FLECHA, CRISTINA¹; RIVERO RODRIGUEZ, ANA MARIA¹

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE LEON¹



ID: 173

[volver al índice](#)

TITULO: MODELO ORGANIZATIVO ENFERMERO EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: DAFO Y SEGURIDAD PARA TODOS

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En el contexto de la pandemia por Sars-CoV-2, la Atención Primaria (AP) ha sufrido múltiples cambios, afectando a diversos campos: reestructuración de servicios, personal con nuevas tareas o redefinidas, cambios metodológicos, relación interprofesional y con el paciente.

La seguridad del paciente es la máxima en todas las intervenciones enfermeras, entendiendo la seguridad como un componente multicausal. Si bien, la casuística actual no ha permitido alcanzar esta máxima en todas las ocasiones.

Se planteó realizar un diagnóstico estratégico para evaluar la situación actual y potencial de la enfermería en un centro de AP y sus posibles repercusiones en la seguridad del paciente, mediante un diagrama DAFO.

El método DAFO se basa en analizar el contexto competitivo de una organización desde un doble punto de vista: interno (fortalezas o debilidades) y externo (amenazas u oportunidades), representado en una matriz de doble entrada.

Análisis: Se formó un grupo de trabajo con los integrantes de enfermería del centro, de carácter voluntario, participativo y de diálogo, mediado por moderador.

En la primera reunión se explicó el objetivo y la dinámica. Se consensó trabajar la categoría modelo organizativo. Se entregó matriz para completar (5 ítems por categoría y persona).

En la segunda sesión, se mostraron los ítems analizados (39 fortalezas, 25 debilidades, 24 oportunidades y 40 amenazas) y consensando se depuraron datos (29 fortalezas, 15 debilidades, 15 oportunidades y 24 amenazas).

En una tercera sesión se expuso la matriz en su versión extendida y se decidió que fueran 10 los ítems por cuadrante, finalmente se seleccionaron 11, debido a un empate. Se realizó una elección y jerarquización por votación: 6 ítems por participante, votando del 1 al 6 (siendo 6 el valor que expresaba una mayor aceptación).

Propuestas de mejora, planes de acción: Tras el análisis del DAFO, se recomienda hacerlo extensible a un CAME donde se corrijan las debilidades, afronten las amenazas, mantengan las fortalezas y se exploten las oportunidades. Podría comenzarse por las estrategias defensivas, (fortalezas-amenazas), por ser las categorías con más ítems identificados. Sería de interés analizar las estrategias de reorientación/adaptativas como estrategias de supervivencia, al encontrarse en ambas implicada el ítem más valorado (debilidad).

Resultados conseguidos: Existe un ítem valorado con 55 puntos, en la categoría de debilidades, siendo el más puntuado y que afecta directamente a la seguridad del paciente: "Los pacientes cada día ven a una persona diferente, no hay continuidad.

En fortalezas y en amenazas se detectaron ítems sin puntuación asignada. Puede que este sea el resultado más destacado: pone en manifiesto la utilidad del diálogo y la crítica entre profesionales para mejorar la seguridad del paciente: tras el consenso común prima la seguridad del paciente.



AUTORES: RIESGO MARTIN, JUAN¹; GARCIA SANCHEZ, PAULA¹; RODRIGUEZ VILAS, VANESA¹; FERNANDEZ DUART, ROSA¹; CARRERA ALFONSO, ELISABET¹

CENTRO DE TRABAJO: CAP LA MINA¹



ID: 174

[volver al índice](#)

TITULO: EXISTENCIA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Seguridad del paciente en los cuidados

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: El objetivo de esta revisión bibliográfica fue encontrar la mejor evidencia disponible sobre la cultura de seguridad de las enfermeras en Atención Primaria en el mundo.

Material y métodos: La búsqueda se realizó: Pubmed, Cinahl, Biblioteca Cochrane y Cuiden Plus. Se utilizaron los siguientes Mesh y Decs Enf*, Atención Primaria, Seguridad del paciente y cultura; y el operador booleano AND, en mayo de 2017, se delimitó la búsqueda desde el año 2000 al año 2017, a texto completo en vínculo; se encontraron un total de 69 artículos. Tras la lectura del título y resumen de los mismos se descartaron 56. Se utilizó la herramienta de lectura crítica CASPE y se descartaron 3 artículos, por lo que finalmente 7 fueron de utilidad para esta revisión bibliográfica.

Resultados: En un estudio de Inglaterra se identificaron nueve dimensiones, como el trabajo en equipo y la comunicación entre el personal. El trabajo en equipo conduce a cambios en la mejora de la seguridad del paciente y en sus resultados. En un estudio realizado en Yemen, esta cultura de seguridad del paciente se percibió como positiva en general, con excepción a ciertas dimensiones como la comunicación coincidiendo con un estudio español.

En Alemania el 15% de los eventos adversos se relacionaron directamente con problemas de comunicación y en el 50% de los errores fue un factor contribuyente, y en Australia, esto fue una de las 4 categorías asociadas a los principales eventos adversos.

En Brasil la profesión enfermera presentó menor cultura de seguridad, en contraposición con un estudio Noruego donde las enfermeras puntuaron más alto que otras profesiones.

Esta cultura se puede adquirir mediante entrevistas con cuestionarios y talleres.

La comunicación de errores, la falta de comunicación y cultura de notificación de efectos adversos puede ser debida al temor a un castigo posterior, esto coincide con un estudio realizado en Líbano y Brasil donde se observa que se piensa que los errores provocados por los sanitarios son fruto de descuidos y sólo el 2-3% de los grandes errores son reportados.

Discusión / conclusiones: La evidencia encontrada sobre el tema es escasa, por lo que debería ser un tema a plantearse en futuras investigaciones en este nivel de atención para obtener resultados comparables y desarrollar estrategias efectivas.

Por parte de las organizaciones, es fundamental la formación de los/as enfermeros/as en esta materia así los sanitarios proporcionarán una atención segura y de calidad, aumentando los resultados en salud.

Para proporcionar una atención segura y efectiva al paciente es necesario por parte del personal sanitario una cultura de seguridad del paciente, es fundamental que las instituciones se involucren a todos los niveles, estableciendo una comunicación efectiva con los sanitarios que evite errores irreparables.

AUTORES: RODRIGUEZ GARCIA, BLANCA¹; GARCIA GARCIA, MARIA BLANCA¹; MARTIN CALAHORRA, MARTA¹; HERNAEZ VICENTE, LETICIA²; BLAZQUEZ BLANCO, MARIA ISABEL¹; RIPOLL ALDA, ANA¹

CENTRO DE TRABAJO: GAP AVILA¹, SALUD PUBLICA MADRID²



ID: 175

[volver al índice](#)

TITULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA: ¿HEMOS SIDO SEGUNDAS VICTIMAS DURANTE LA PANDEMIA?

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Originales / Estudios sobre la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos: Analizar la cultura de seguridad del paciente y la sintomatología de segunda víctima en los profesionales de un centro de Salud y durante la pandemia COVID19. Los eventos adversos ocurren en la práctica clínica y tienen una repercusión importante en los pacientes y en los profesionales sanitarios implicados como segundas víctimas. Una cultura de seguridad del paciente sensibiliza a los profesionales, ofrece herramientas para evitar, afrontar y superar Eventos Adversos (EA). Los cambios en el modelo asistencial durante la pandemia del COVID19 pueden haber afectado la seguridad del paciente lo que hace más necesario una cultura de seguridad del paciente en los centros de salud.

Material y métodos: Realizamos un análisis a base del cuestionario de segundas víctimas en atención primaria del proyecto de investigación segundas y terceras víctimas entre los profesionales sanitarios de un centro de salud.

Resultados: Analizamos 15 cuestionarios de 9 (60%) médicos y 6 (40%) enfermeros de los cuales 13 (87%) cuentan con más de 3 años de experiencia laboral.

La mayoría (10, 66,7%) ha conocido un casi error que puede haber afectado a pacientes en los últimos 5 años, lo que afirma el 100 % (9) de los médicos frente a 1 (20%) de las enfermeras.

La mayoría 11 (73,4%) tenía conocimiento de un plan de formación sobre seguridad del paciente y protocolos específicos para segundas víctimas. Destaca la alta confianza en el apoyo del equipo entre los profesionales, 13 (86,7%) afirmaban de recibir apoyo de sus compañeros y el miedo de tener conflicto con otros profesionales era bajo ante un EA.

La percepción de riesgo de producirse un EA grave en los próximos 12 meses fue bajo, solamente un 2 de las médicas (22%) consideraba un riesgo alto y ninguna de las enfermas tenía una percepción tan alta de ese riesgo.

Se consideraba probable que se informará al paciente de un EA y que se pedirá disculpas, pero también se temía de afrontar consecuencias legales de manera similar entre médicos y enfermeras.

De los síntomas percibidos por las segundas víctimas destaca el sentimiento de culpa, ansiedad, trastornos de sueño e inseguridad sobre decisiones clínicas.

Discusión / conclusiones: La sensibilización entre los profesionales para la seguridad del paciente en nuestro centro de salud es alta, aunque algo más presente entre las médicas que entre las enfermeras. La cohesión del equipo proporciona un apoyo importante para posibles segundas víctimas y afrontar EA.

AUTORES: RODRIGUEZ BRAVO, ISABEL¹; HERRMANN, FLORIAN²; MARFIL RUIZ, RAFAEL¹; PARRAS GORDILLO, MARTA¹

CENTRO DE TRABAJO: ALMANJAYAR¹, SANTA FE²



ID: 176

[volver al índice](#)

TITULO: IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION FISICA PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 34 años, portadora de DIU, sin otros antecedentes de interés. Acude a urgencias del centro de salud por dolor intenso en hipogastrio, náuseas y 2 vómitos. Tres días antes había consultado telefónicamente a su médico de Atención Primaria por dolor abdominal y se le había pautado analgesia con diclofenaco, butilscopolamina y metamizol pensando en un cólico nefrítico. La paciente refiere aumento de la intensidad del dolor localizado en hipogastrio sin irradiación y sin síntomas urinarios. Exploración física y pruebas complementarias: Afectada por el dolor. Afebril. Eupneica. ACP: normal. Abdomen blando, depresible, se palpa masa a nivel de anejo izquierdo muy dolorosa a la palpación. Urinograma normal. Es derivada a urgencias del hospital donde se objetiva leucocitosis con desviación izquierda y en ecografía transvaginal se confirma torsión de ovario izquierdo. Se le ingresa para tratamiento quirúrgico, realizándose ooforectomía izquierda.

Análisis realizado: Mediante diagrama de Ishikawa analizamos qué factores favorecieron el error.

PACIENTE: A pesar de empeorar el dolor no contacta de nuevo con su médico de familia.

PROFESIONALES: Dada la situación de pandemia, se ha priorizado la consulta telefónica y existen determinadas patologías que requieren una exploración física presencial. No se realiza un adecuado diagnóstico diferencial de la patología abdominal.

ENFERMEDAD: Clínica ambigua que dificulta el diagnóstico.

CONDICIONES DE TRABAJO: La sobrecarga laboral y el miedo al contagio del COVID-19 impide valorar adecuadamente a los pacientes.

Conclusiones / aprendizaje: La sospecha diagnóstica de esta patología es importante ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la pérdida del anejo. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos para conocer las características de esta patología y tenerla en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

A pesar de la situación de estrés generada por la pandemia COVID-19, hay que continuar atendiendo a los pacientes en la consulta del centro de salud porque la valoración in situ del paciente nos puede dar datos objetivos que no pueden detectarse en las consultas telefónicas.

AUTORES: COBO UGARTE, MARIA DE LOS ANGELES¹; DOMINGUEZ MILLAN, ROSA MARIA²; VERGARA PARDAVILA, MARIA ISABEL³; MEDIAVILLA DEL CAMPO, SOLEDAD⁴

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD SUANCES¹, CENTRO DE SALUD ONTANEDA², CENTRO DE SALUD TANOS³, CENTRO DE SALUD COVADONGA



ID: 177

[volver al índice](#)

TITULO: DISEÑO DE UN CHECKLIST EN LA CONSULTA DE REALIZACIÓN DE PCRS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. REGISTRO DE MUESTRAS

AREA TEMATICA: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Tras varios meses en pandemia por Sars-CoV-2, los centros de atención primaria (CAP) comenzaron a asumir la realización de las pruebas diagnósticas.

Tras varias semanas realizando la prueba Polymerase Chain Reaction (PCR), se detectan errores en la seguridad del traslado de muestras, observando que ocasionalmente quedan en nevera algunas pruebas realizadas, y no se envían al laboratorio clínico para su análisis, lo que invalida la prueba y se procede a su repetición en la mayoría de los casos.

Análisis: El inicio de la realización de las PCRs supone para los profesionales: la creación de un protocolo de trabajo, la formación de profesionales sanitarios y no sanitarios y circuitos de mensajería para trasladar las muestras a un laboratorio externo. Sin olvidarnos del temor y agotamiento que sentíamos los profesionales en ese momento, y la rapidez con que se tenían que actuar.

Durante la instauración de este servicio, se detecta que se produce un error en el envío de las muestras PCR, quedando en nevera numerosas muestras y, por lo tanto, no pudiéndose analizar ni reenviar en el plazo que asegure su análisis dentro del periodo establecido. Como consecuencia, se eliminaron, y se revaloró en cada caso la necesidad de repetir la prueba diagnóstica, que en ese momento era la única que se realizaba en el CAP.

Tras analizar la situación y proceder a repetir el 90% de las PCRs se propone un plan de mejora para que la incidencia no vuelva a ocurrir.

Propuestas de mejora, planes de acción: Se crea un grupo de trabajo con profesionales de enfermería y de gestión y servicios del centro, y recogemos mediante brainstorming posibles ideas para evitar estos errores. Realizamos una plantilla en forma de checklist donde el profesional de gestión y servicios responsable de la gestión de la consulta de PCRs, y responsable de la conservación en nevera y envío de las muestras; registrará la información siguiente:

Día de recogida de muestra (día 1): Código de Identificación Personal (CIP) del paciente al que se le recoge la muestra PCR, fecha de la realización de la muestra PCR e Identificación del número de petición del laboratorio

Día de envío de muestra (día 2): confirmación de salida muestra PCR de nevera, fecha de envío al laboratorio para su análisis, firma del profesional que realiza la acción de preparar la nevera portátil para el traslado de muestras al laboratorio externo

Resultados conseguidos: La implantación del protocolo consigue los resultados esperados:

Registro diario por varios profesionales de la entrada de muestras PCR en la nevera del CAP

Registro diario por varios profesionales de la salida de muestras PCR en nevera de traslado hacia el laboratorio

La creación de una figura responsable de la recogida de muestras aumenta la confianza del equipo en la realización de muestras PCRs

Se eliminan los errores de envío de muestras PCRs desde julio de 2020 hasta la actualidad



Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AUTORES: FERNANDEZ DUART, ROSA¹; RIESGO MARTIN, JUAN¹; GARCIA SANCHEZ, PAULA¹; CARRERA ALFONSO, ELISABET¹; FERREIRA VILLA, IVAN¹; CALVET JUNOY, SILVIA¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA MINA¹



ID: 178

[volver al índice](#)

TITULO: COMUNICACION INTERPROFESIONAL Y DETECCION DE PROBLEMAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: En la farmacia comunitaria se identifican problemas que pueden afectar a la seguridad del paciente si no son resueltos.

La forma tradicional de comunicación entre el Centro de Salud y la Farmacia ha sido a través de la receta. Una comunicación en sentido único, con destino a la farmacia, sin facilitar la respuesta a los problemas detectados durante la dispensación y que requieren una intervención con mayor o menor urgencia.

La ausencia de comunicación interprofesional es un obstáculo para la intervención farmacéutica en pro de la seguridad del paciente.

Análisis: El análisis de las causas de intervención (administrativas, accesibilidad al sistema o al medicamento, ajuste de dosis, adherencia, sobreprescripción, conciliación...), la gravedad de las consecuencias (en términos de salud/enfermedad y económicos) y la vía de comunicación utilizada tienen como finalidad la evaluación conjunta y a la toma de decisiones en beneficio del paciente.

La implantación de la receta electrónica es una oportunidad para mejorar la comunicación entre quienes prescriben y dispensan, y así poder dar solución con urgencia o inmediatez a los casos que lo requieran.

Los problemas que requieren una resolución urgente, en la mayoría de los casos puede resolverse en la propia farmacia, haciendo posteriormente los trámites para resolver los problemas administrativos generados con esa intervención.

Hay que diferenciar lo urgente de lo grave, que ocurre ante medicamentos no adecuados para el paciente en particular o en casos de interacciones en general.

Propuestas de mejora, planes de acción: Hacer cambios en la receta electrónica para conseguir comunicación con flujo en ambos sentidos.

Activar la alerta según la gravedad y la necesidad de actuación urgente.

Disponer de un sistema de comunicación urgente adicional al de la receta electrónica.

Programar sesiones conjuntas periódicas para análisis de problemas y establecer pautas de actuación consensuadas sin causar distorsiones a los pacientes.

Resultados conseguidos: Se hizo un estudio interprofesional (medicina, enfermería y farmacia) con propuestas de mejora de receta electrónica, poniéndolo a disposición de la institución procedente, obteniendo mejoras en diferentes aspectos y, particularmente, en la comunicación.

Entre enero y abril de 2021 se realizaron diferentes intervenciones desde la Farmacia comunitaria que fueron comunicadas a través de receta electrónica y de un correo electrónico habilitado con este fin. Hubo también intervenciones telefónicas cuando la urgencia así lo requirió.



Estas intervenciones se categorizaron en administrativas, de conciliación, de acceso al sistema, de acceso a medicamentos, de sobreprescripción, de actualización, bloqueos de dispensación, generadores de atención por enfermería, y de ajuste dosis,

Los considerados graves requirieron intervención en menos de 24 h.

AUTORES: ABAL FERRER, FRANCISCO¹; EYARALAR RIERA, MARIA TERESA²

CENTRO DE TRABAJO: CONSULTORIO MEDICO. CARBAYIN ALTO. SIERO¹, FARMACIA COMUNITARIA²



ID: 179

[volver al índice](#)

TITULO: IMPORTANCIA DE LA PROFILAXIS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

AREA TEMATICA: Casos que enseñan

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Paciente de 41 años, vida sedentaria, fumadora de 15 cigarrillos/día, en tratamiento con anticonceptivos orales desde los 16 años; síndrome ansioso por estrés laboral en tratamiento con bromazepam, desvenlafaxina y midazolam. El día de Nochebuena de 2020 sufre caída de una escalera, produciéndose rotura de gastrocnemio de extremidad inferior derecha (EID) por lo que se le recomienda reposo relativo y vendaje compresivo en EID que mantiene durante 3 semanas. El 30/12/2020 es sometida a cirugía plástica de reducción mamaria pautándose tratamiento con heparina subcutánea durante 15 días. El 9/1/2021 acude a urgencias del hospital por dolor costal izquierdo brusco y disnea súbita que cede con analgesia catalogándose de dolor muscular. El 17/1/2021 comienza con tumefacción dolorosa de pierna derecha y coloración azulada sin disnea y acude a urgencias del centro de salud y de allí es derivada al hospital. Allí se objetiva Dímero de 14040 ng/ml y en eco doppler de extremidad inferior derecha: trombosis venosa profunda (TVP) de la vena femoral común, femoral superficial, poplítea y ramas gemelares internas y externa. En angioTAC pulmonar: defecto de repleción en relación con émbolo en base izquierda. Opacidad en segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo que puede corresponder a pequeño infarto pulmonar. Se inicia tratamiento con Enoxaparina con buena evolución clínica.

Análisis realizado: Mediante diagrama de Ishikawa analizamos qué factores favorecieron el error.

PACIENTE: Toma de anticonceptivos orales con estrógenos. Reposo por traumatismo. Cirugía mayor.

PROFESIONALES: Inadecua valoración del riesgo tromboembólico. No recomendar deambulación precoz. Suspender la anticoagulación postquirúrgica cuando la paciente había reducido su movilidad por el traumatismo. No identificar la posible causa del dolor costal izquierdo y disnea como un tromboembolismo pulmonar.

ENFERMEDAD: Clínica ambigua que dificulta el diagnóstico.

CONDICIONES DE TRABAJO: Deficiente información verbal relacionada con los cuidados postquirúrgicos en relación a la profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). La sobrecarga laboral en los servicios de urgencias dificulta la valoración adecuada de los pacientes.

Conclusiones / aprendizaje: La tromboprofilaxis mediante heparinas de bajo peso molecular es una medida eficaz, efectiva y que genera un importante ahorro en costes sanitarios. Sin embargo, a nivel extrahospitalario hay situaciones de aparente riesgo de TVP en las que no se da este consenso. Guías de práctica clínica como PRETEMED sobre prevención de ETV en patología médica o el proyecto Prometeo (profilaxis médica en ETV) pretenden dar a conocer los beneficios de la tromboprofilaxis en pacientes extrahospitalarios con factores de riesgo.

La Atención Primaria debe implicarse en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa pues en la mayoría de casos es donde se realiza el seguimiento, se valoran las complicaciones y se resuelven las dudas de los pacientes

AUTORES: COBO UGARTE, MARIA DE LOS ANGELES¹; DOMINGUEZ ROLLAN, ROSA MARIA²; VERGARA PARDAVILA, MARIA ISABEL³; MEDIAVILLA DEL CAMPO, SOLEDAD⁴

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD SUANCES¹, CENTRO DE SALUD ONTANEDA², CENTRO DE SALUD TANOS³, CENTRO DE SALUD COVADONGA⁴



ID: 180

[volver al índice](#)

TITULO: MEJORA DE LA GESTION DE CITAS DE RECETA ELECTRONICA CON EL APOYO DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA

AREA TEMATICA: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

MODALIDAD: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

PRESENTACION: Oral Larga

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del problema: Durante la pandemia, para facilitar el acceso de los pacientes a la medicación, nuestro servicio de salud modificó algunas lógicas de receta electrónica (RE), como la ampliación de las ventanas de dispensación y la renovación automática de tratamientos crónicos. Estos cambios, eficaces para aliviar las consultas y asegurar los tratamientos crónicos, modificaron las fechas y cadencias de recogida de la medicación en la oficina de farmacia (OF). Para que los pacientes conocieran las nuevas fechas, se posibilitó la consulta de la hoja de medicación desde una aplicación app. Sin embargo, no todos los pacientes son usuarios de estos aplicativos. El desconocimiento de los márgenes de recogida y de duración del tratamiento generaban citas en el centro de salud que, en un momento de gran demanda, no siempre eran atendidas con prontitud. Esto generaba dudas en el paciente que repercutían en la adherencia, la duración adecuada del tratamiento y, por tanto, en potenciales problemas de seguridad.

Análisis: Desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) y la unidad de atención al usuario se analizaron las citas relacionadas con la gestión de RE, observándose una falta de tipificación de las mismas, lo que impedía una resolución rápida y eficaz. En ocasiones, la falta de resolución generaba nuevas citas, originando una demanda excesiva en las unidades administrativas. Estas situaciones no resueltas o resueltas con demora generaban problemas de acceso a la medicación, falta de adherencia o errores de medicación.

Propuestas de mejora, planes de acción: El SFAP propuso un protocolo que permitiera a las unidades administrativas (UA) gestionar las citas relacionadas con la RE de forma eficiente. Se plantearon dos objetivos:

- Formar a las UA en todo lo relacionado con la gestión de RE: cronogramado y renovación de tratamientos.
- Establecer un guion con preguntas tipo dirigidas al paciente, que permitiera a la UA detectar los problemas con la medicación y, orientarle sobre la forma de solucionarlos.

Resultados conseguidos: Con el fin de valorar la utilidad del guion, se pilotó en un centro de salud en diciembre de 2020. El guion se envió al Equipo de Atención Primaria (AP). Se realizó también un breve documento recordatorio de conceptos clave sobre RE.

El guion incluía cuatro posibles solicitudes del paciente y la forma de resolverlas: Renovación de tratamiento, falta de medicación, continuación del tratamiento iniciado en el hospital y problemas relacionados con el visado. En función de la situación planteada por el paciente, tras la respuesta a las preguntas del guion, la UA podría consultar al SFAP, que, accediendo al módulo de prescripción, informarían de cómo proceder: cita con el médico (prioridad, tipo y problema detectado) o derivación a la OF.

Se ha constatado que la formación, protocolización y apoyo del SFAP a las UA en la gestión de las citas relacionadas con RE mejora su resolución, facilita el trabajo del médico de AP y contribuye a la adherencia y a la seguridad del paciente.

AUTORES: MARQUINA VERDE, MARIA DEL CARMEN¹; FERNANDEZ VICENTE, MAITE¹; GUTIERREZ FERNANDEZ, ISABEL²; MARTINEZ BARRIO, MARIA ANUNCIACION¹; BOMBIN GARCIA, JOSE MARIA³

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE BURGOS¹, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS², CENTRO DE SALUD GAMONAL ANTIGUA BURGOS³



ID: 181

[volver al índice](#)

TITULO: LA TRISTEZA NO SIEMPRE ES REACTIVA A LAS SITUACIONES

AREA TEMATICA: Uso seguro de la medicación

MODALIDAD: Casos que enseñan

PRESENTACION: Oral Breve

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Descripción del caso: Mujer de 62 años con antecedentes de HTA. Vive con su marido, trabaja como administrativo. A mediados de marzo, consulta por sintomatología compatible con SARS-CoV2. En la auscultación presenta crepitantes en base inferior izquierda. Se envía al hospital.

En urgencias visualizan tenues opacidades bilaterales en la radiografía. No presenta insuficiencia respiratoria por lo que es derivada a domicilio con tratamiento: Hidroxicloroquina 500mg (Dolquine) cada 12h durante 5 días y Lopinavir/Ritonavir 100 mg/25 mg (Kaletra) cada 12h durante 14 días.

Unos siete días más tarde la paciente realiza una consulta telefónica con el centro de salud: se encuentra muy lábil con tendencia al llanto, anhedonia y apatía. No entiende por qué se siente así (no tiene problemas familiares ni laborales, la paciente sigue teletrabajando) pero no para de llorar. Le planteamos que probablemente fuese por la situación de pandemia. Ella achacaba el inicio de los síntomas a haber tomado la medicación frente al COVID. La paciente volvió a consultar en varias ocasiones por persistencia de los síntomas hasta aproximadamente mitad de mayo donde los síntomas se autolimitaron por completo. No ha vuelto a consultar sintomatología ansioso-depresiva hasta la fecha.

Análisis realizado: Entre las posibles causas podrían ser sus antecedentes personales, su entorno, el propio COVID, la toma de fármacos... No presentaba otra sintomatología por lo que no se realizaron analíticas. Revisamos sus antecedentes y nunca había presentado problemas de salud mental, nunca había tomado antidepresivos ni hipnóticos.

Revisamos la ficha técnica de los fármacos visualizando estos efectos secundarios y que la semivida de eliminación de la Hidroxicloroquina es prolongada, de 32-50 días, pudiendo tardar mucho tiempo en eliminarse pese a que se haya interrumpido el tratamiento. El hecho de que la sintomatología desapareciera por completo unos 40 días tras la toma del fármaco dio más peso a la hipótesis de que pudiera ser secundario a la toma de la Hidroxicloroquina.

Conclusiones / aprendizaje: Durante la primera ola de la COVID pautamos muchos fármacos sin tener en cuenta la evidencia ni los posibles efectos secundarios que podrían tener sobre nuestros pacientes. Los efectos adversos relacionados con la salud mental son muchas veces obviados por la dificultad de establecer causalidad.

La AEMPS publicó el 14 de mayo una nota de seguridad sobre las reacciones adversas que presenta el uso de Hidroxicloroquina incluyendo como poco frecuentes trastornos psiquiátricos como depresión, insomnio e ideación suicida. Nuestra formación en farmacovigilancia y en prescripción razonada debe intensificarse en nuestra especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para proteger y diagnosticar adecuadamente a los pacientes.

AUTORES: DIAZ CRESPO, ELENA¹; FERNANDEZ DE PAUL, MARIA¹; VAZQUEZ LOPEZ, LAURA¹; PRIETO CHECA, ISABEL¹

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LOS ALPES¹

