



**V**  
**JORNADA**  
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
**MADRID**

16 DE MAYO DE 2013

# COMUNICACIONES

## VI JORNADA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

**MADRID 2013**



**ID:** 50

**TITULO:** CISEMAP: MOTOR DE CAMBIO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La Asamblea de la OMS, promueve una cultura sistémica de seguridad vertebrada en la mejora del conocimiento de los incidentes que se generan. Esta visión ha sido asumida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y por la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad Autónoma. En nuestro ámbito, previo a 2011, las notificaciones de seguridad en los centros de salud que la conforman eran inferiores a 700 al año, con una media de incidentes de seguridad por centro inferior a 3, con alta variabilidad entre centros y heterogéneas en cuanto a su notificación y resolución.

Objetivo: Promover en Atención Primaria la comunicación normalizada de incidentes y errores de medicación vía web con al menos un incremento de un 10% anual en el número de incidentes, gestionarlos con criterios homogéneos y aprender y compartir las buenas prácticas de seguridad que se generen.

**ANALISIS:** Se crea un grupo de trabajo para el diseño y la posterior implantación. Se revisa la literatura y se constata la inexistencia en 2010 de un sistema web de comunicación de incidentes de seguridad en Atención Primaria. Se identifica la necesidad de los posibles usuarios de la aplicación (profesionales, técnicos y gestores). Por último, se identifican los condicionantes tecnológicos.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se diseña un sistema de notificación web para la comunicación de incidentes y errores de medicación versátil, con las características recogidas en la literatura y que permita integrar mejoras desde su puesta en funcionamiento. En 2012 ha incorporado las siguientes mejoras: comunicación con el portal de uso seguro de medicamento, creación de un banco de buenas prácticas y e incorporación de una hoja de ruta.

Permite su gestión en todas las fases de evaluación del riesgo a acometer por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR): valoración, clasificación, análisis, medidas e informe.

Se aloja en el centro de procesos de datos extendido de la Consejería garantizando la escalabilidad, seguridad y protección de datos.

**RESULTADOS:** En 2012 han realizado 7190 accesos por parte de las UFGR. No se conoce por profesional porque es anónimo. En 2012 los incidentes de seguridad notificados ascienden a 1022 con una media por centro de 4. De ellos el 78% han sido analizados, el 78% han generado medidas de mejora y 17 prácticas de buena atención.

En cuanto a los errores de medicación, en 2012 se han notificado 2405, aunque su estudio no es objeto de esta comunicación.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** CISEMAP ha supuesto un cambio en la cultura de seguridad de Atención Primaria. Permite la notificación de incidentes y errores de medicación via web, facilita su gestión en todas las fases de evaluación del riesgo y genera la devolución de información a los profesionales con medidas de mejora a través de un banco de buenas prácticas y un proceso de comunicación interna. El número de incidentes de seguridad se ha incrementado por encima del objetivo planteado así como las prácticas y recomendaciones de seguridad difundidas.

**AUTORES:** ELENA BARTOLOME BENITO; JUAN JOSE SANZ DEL OSO; ANA MIQUEL GÓMEZ; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA; CARMEN JIMENEZ GOMEZ; LUISA FERNANDA GUTIERREZ TORRES.



**ID:** 29

**TÍTULO:** PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** La atención primaria en España es el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario y el nivel asistencial más utilizado por la población, debido a ello, se presentan multitud de ocasiones en las que el paciente pueda sufrir un evento adverso. Con el fin de controlar estas situaciones, los profesionales sanitarios en general deben tener dentro de su práctica habitual conciencia de estos riesgos, por lo que se hace necesario estudiar y mejorar la cultura que sobre seguridad del paciente se tiene en este nivel asistencial

**ANÁLISIS:** Determinar la percepción que sobre la calidad de los cuidados y seguridad del paciente tienen los profesionales de enfermería de dos centros de atención primaria del área de salud.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en dos centros de salud de AP. Se utilizó el cuestionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI®) cuyo Alfa de Cronbach fue 0,90. Se utilizó la parte relacionada a la calidad de los cuidados y seguridad del paciente, con 13 preguntas. La población estudiada fue todo el personal de enfermería adscrito a estos dos centros de salud del área, la tasa de respuesta fue del 70,37%.

**RESULTADOS:** Calidad de los cuidados: 3,21/4 (DS 0,85); Manejo del autocuidado: 2,68/4 (DS 0,74); Seguridad en la estructura organizativa: 2,76 (DS 0,83); Valoración Global Seguridad del paciente: 3,73/5 (DS 0,87); Evolución de la calidad en el último año: 1,94/3 (DS 0,70); Opinión sobre la SP en el centro: 2,92/5 (DS 1,18); 2,36/5 (DS 1,16); 2,84/5 (DS 1,21); 2,94/5 (DS 0,91); 4,15/5 (0,60); 3,84/5 (1,11); 3,94/5 (0,84). Global: 3,15/5 (DS 0,57).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Los profesionales perciben como buena la calidad de los cuidados que se prestan en atención primaria, aunque refieren estar algo seguros de que los pacientes manejen su autocuidado y que la estructura organizativa actúe para responder a los problemas que se comunican. En cuanto a la percepción global sobre la seguridad del paciente el dato es de muy buena, señalando que la evolución de la calidad se ha mantenido de forma general. Referente a la opinión que tienen sobre los diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente consultados de forma específica como la sensación de que los errores se utilizan en su contra, pérdida de información por la organización del trabajo y derivación de pacientes, libertad de cuestionar decisiones, prevención de que los errores se repitan, información de los cambios basados en la notificación y que las acciones de la organización hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades la perciben en un mayor porcentaje entre indiferente y de acuerdo con estas afirmaciones. Estos resultados han permitido conocer la percepción que los profesionales tienen sobre este tema, lo cual servirá para planificar formación y actividades que permitan mejorar la cultura sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en el área de salud.

**AUTORES:** GUADALUPE GOMEZ GONZALVEZ; JUANA GUTIERREZ ARANDA; ANTONIO GRIS PEÑA; SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ.



**ID:** 35

**TITULO:** ADECUACIÓN DE LA GASTROPROTECCIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS(AINES)EN UN CENTRO DE SALUD

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Los antiinflamatorios no esteroideos constituyen uno de los grupos terapéuticos de mayor consumo a nivel mundial. En España, un 20% de mayores de 65 años toman AINES de manera habitual. En menos de 15 años el consumo de AINES se ha duplicado al igual que los fármacos usados para la prevención de su toxicidad gastrointestinal.

**ANALISIS:** Ante la observación reiterada en la práctica clínica de la prescripción de IBP sin justificación, pretendemos conocer la proporción de pacientes que acuden a nuestras consultas, en los que se realiza una profilaxis de gastropatía por AINES de forma adecuada.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Objetivo Principal: Analizar el grado de adecuación de la gastroprotección según las indicaciones de la AEG y la SER en pacientes tratados con AINES, en nuestro centro de salud en los meses de Enero a Diciembre del 2011. Objetivos Secundarios: Describir el IBP mas utilizado como gastroprotector en estos pacientes y describir los motivos más frecuentes de prescripción de AINES según edad y sexo. Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal en mayores de 18 años con al menos una prescripción de AINES a lo largo del año 2011 de 3 consultas del centro de Salud. Estimación con precisión del 6% y nivel de confianza del 95%. Se seleccionaron 166 pacientes por muestreo aleatorio simple. Método de recogida de datos: revisión de historias clínicas en base de datos OMI de los pacientes que cumplen criterios de inclusión. Análisis estadístico descriptivo, mediante media y desviación estándar para las variables cuantitativas y números absolutos y porcentajes en variables cualitativas.

**RESULTADOS:** RESULTADOS: La edad media de la población estudiada fue de 53.3 años, en mujeres 55.5 y en hombres 51.87 años. El 59,6 % en la muestra estudiada, son mujeres El criterio mas frecuente de prescripción fue la edad (88,8%), seguido por tratamiento concomitante con AINES 40,9%, patología digestiva 3(11%),tratamiento concomitante con corticoides 4(15%) y aco 2(7.6%). Los principios más prescritos son: ibuprofeno (59,6%) y diclofenaco(14,5%), que presentan menor riesgo de gastropatía. La gastroprotección fue inadecuada en el 22,9% de los pacientes (por exceso en el 9,6% y por defecto el 13,3%). El principal factor que justificaba la profilaxis de gastropatía en aquellos inadecuados por defecto fue la edad 90,1% (La edad media era de 72 años). El Omeprazol es el gastroprotector mas utilizado (92,9%), siendo este el tratamiento de elección para la prevención de complicaciones gastrointestinales por AINES.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** CONCLUSION: Destaca el número elevado de pacientes que reciben tratamiento con AINES. Patologías del Aparato Locomotor son las principales causas para la prescripción de AINES, sobre todo en mujeres y en menores de 65 años. En la población estudiada el 22.9% no presentó buena adecuación para gastroprotección. La edad avanzada es el mayor factor de riesgo de inadecuación de la prescripción de AINES y gastroprotectores.



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

**AUTORES:** *Lilian Judith Gonzáles Reynolds; Guillermo Ferradas Milligan; Jeannet Dolores Sánchez Yépez; Mercedes Fernández Girón; Beatriz López Serrano; María Susilla Bravo.*



**ID:** 34

**TITULO:** ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La Ley 41/2002 (de rango nacional) y la Ley 5/2010 (de Castilla-La Mancha) regulan el derecho de los pacientes a la información sanitaria, estableciendo cuándo se debe formalizar el consentimiento informado verbalmente o por escrito, las características que deben cumplir los documentos de consentimiento informado (DCI), la información y datos que deben contener o la necesaria comprensibilidad del texto por pacientes de cualquier nivel de estudios. En el nivel de atención primaria (AP) de nuestro área de salud disponemos de DCI para 9 procedimientos. Se marca como objetivo conocer la adecuación del contenido de los DCI utilizados en nuestros centros de salud, respecto a los requisitos establecidos en la Ley 5/2010. Así como evaluar su comprensibilidad en base a la medición de la legibilidad del texto.

**ANALISIS:** Se comprobó la adecuación de nuestros DCI a la legislación vigente respecto a los tres supuestos en que debe realizarse el consentimiento por escrito, la información y los datos que debe incluir el documento. Antes del análisis de legibilidad, se eliminaron del texto las partes que no aportan información al paciente, puntos suspensivos, entrecomillados y otros símbolos. Mediante la aplicación INFLESZ 1.0 se obtuvo el índice de legibilidad de Flesch-Szigriszt (IFSZ), la escala Inflesz, correlación WORD e índice de Fernández-Huerta (IFH). Mediante la aplicación FLESH 2.0 se obtuvo el Reading Easy Score (RES) e índice de Flesch-Kincaid (IFK). Los datos se analizaron en SPSS v.15. Para las variables cuantitativas se calculó la media, desviación estándar e intervalo de confianza (IC) al 95%. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los distintos índices de legibilidad.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Tras analizar los resultados obtenidos, se propondrán recomendaciones que permitan mejorar la adecuación de los DCI a la legislación vigente.

**RESULTADOS:** Dos de nuestros DCI no entraban en los tres supuestos de CI por escrito. En ninguno aparece la declaración del paciente de haber recibido copia. Sólo en 2 casos se informa de las consecuencias previsibles de no realización. En 2 no se informa sobre riesgos poco frecuentes o en función de la situación clínica. En otros 2 no se informa sobre contraindicaciones. El valor medio de nuestros DCI para IFSZ fue de 45,76 (IC95%, 40,14-51,38), para IFH de 50,74 (45,23-56,25), para RES de 10,15 (3,39-16,91) y para IFK de 18,95 (17,20-20,70). La escala Inflesz calificó la legibilidad como "normal" en uno de nuestros DCI, "algo difícil" en cuatro casos y "muy difícil" en otros cuatro. El coeficiente de correlación de Pearson para IFSZ/IFH fue de 1,00 ( $p < 0,01$ ), para RES/IFK -0,94 ( $p < 0,01$ ) y para IFSZ/IFK -0,78 ( $p < 0,05$ ).



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La escasa legibilidad obstaculiza el objetivo de los DCI. Recomendamos revisar los textos cumplimentando los apartados exigidos por la legislación que fueron omitidos. Utilizar frases y palabras cortas, evitar tecnicismos médicos innecesarios y utilizar los índices de legibilidad como orientadores de la comprensión de los DCI.

**AUTORES:** *Joaquín Granados Ortega.*





**ID:** 26

**TÍTULO:** ANÁLISIS PROACTIVO DEL TAO CAPILAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿DÓNDE ESTÁN LOS AGUJEROS EN EL SISTEMA?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La terapia anticoagulante oral (TAO) está considerada medicación de alto riesgo. Actualmente, el control de la mayor parte de pacientes en tratamiento con Acenocumarol (Sintrom®) se realiza en Atención Primaria a través del INR en sangre capilar analizado por coagulómetro portátil. Se trata de analizar de forma proactiva la práctica implantada y buscar las debilidades en las defensas establecidas para mejorar la seguridad del procedimiento con enfoque a sistema.

**ANALISIS:** Se realizó el análisis por un grupo multidisciplinar compuesto por profesionales implicados en la práctica, miembros del equipo mejora TAO y del equipo técnico de nuestra comarca. Un miembro del grupo de seguridad del paciente actuó como facilitador. Se identificaron las barreras defensivas establecidas y se analizaron los posibles agujeros en las mismas.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Identificar por qué fallan las barreras establecidas con la ayuda de la tabla de factores contribuyentes (los "rompe-barreras"); permite abordar las causas de forma estructurada y con enfoque a sistema. La participación de profesionales implicados en el procedimiento en la práctica diaria es clave para que las soluciones propuestas sean factibles.

**RESULTADOS:** Se han identificado nueve barreras y como factores contribuyentes a su fallo se han identificado aquellos relacionados con la formación de profesionales en el procedimiento, la difusión del manual antitrombótico (AT), la información sobre problemas técnicos, información al paciente, fallo en la comunicación de problemas y falta de criterios unificados para actuar ante INR inesperado. Para cada uno de los factores identificados se propuso al menos una medida de control para fortalecer la barrera a través de soluciones factibles, como son entre otras la organización de sesiones de actualización del procedimiento, elaboración de una guía rápida del manual AT, incluir la difusión del procedimiento en el proceso de acogida a profesionales en los centros, sistematizar el registro y la comunicación de problemas técnicos con coagulómetros y tiras, elaborar una pauta de actuación contemplando todos los posibles factores de variabilidad, o establecer un circuito de comunicación de incidencias al equipo de mejora TAO. Para concretar las acciones y favorecer su seguimiento, se estableció un plan de acción en el que se especificó la actuación, el responsable y su evaluación.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** El análisis del procedimiento de control capilar de los pacientes en TAO en Atención Primaria desde el punto de vista de seguridad del paciente, nos ha permitido identificar las debilidades en las barreras implantadas para la buena práctica y proponer las medidas de control necesarias para fortalecerlas a través de la propuesta de soluciones factibles. La utilización de esta metodología estructurada con enfoque a sistema, además de la prevención del daño al paciente aporta un valor importante de cara a la extensión de la cultura de seguridad en la organización.

**AUTORES:** KRISTINA LEKUBE ANGULO; IRENE SAINZ DE ROZAS APARICIO; JULIA GARCIA ASENSIO; ROSA MAGUREGUI LANDA; ESTIBALIZ ALONSO SARATXAGA; LOURDES MARTINEZ PALACÍN.



**ID:** 60

**TITULO:** ANÁLISIS DEL NIVEL DE DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE NUESTRA COMUNIDAD.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La evidencia científica avala la higiene de manos(HM) como una de las medidas más eficaces en la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Sin embargo el nivel de cumplimiento de los profesionales sanitarios es bajo. En los centros de salud(CS) de nuestra comunidad autónoma es inferior al 36%, según estudio de observación realizado en 2011.

La OMS ha puesto a disposición de las instituciones un cuestionario de autoevaluación que explora los componentes de su estrategia multimodal. Permite identificar el nivel de desarrollo de la estrategia en que se encuentran para mejorar el cumplimiento de HM y puntos fuertes y áreas de mejora a desarrollar para aumentar el cumplimiento.

**ANALISIS:** En nuestra comunidad los CS no habían utilizado esta herramienta por lo que se desconocía el nivel de implantación de la estrategia a nivel de CS.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Utilizar esta herramienta con el fin de que los profesionales conozcan el grado de implantación de la estrategia, realicen análisis de situación de las prácticas de HM e identifiquen aspectos claves que requieren atención y mejora.

Para ello se incluyó la autocumplimentación del cuestionario como una de las actividades a desarrollar en los CS en la IV Jornada de celebración del día mundial de HM en Atención Primaria en 2012.

**RESULTADOS:** El 88% de los CS(229) cumplimentaron el cuestionario. El nivel alcanzado fue:

- inadecuado (0a125 puntos): 2,29% de los CS
- básico (126a250): 27,59% de los CS
- intermedio (231a375): 52,49% de los CS
- avanzado (376a500): 5,36% de los CS
- sin información: 12,26% de los CS.

La puntuación media obtenida por componente de la estrategia (máx.100 puntos) sirve para detectar puntos débiles en los diferentes componentes y diseñar actividades que potencien su mejora.

- Cambios en el sistema: media: 83,84; DE 21,65
- Formación y aprendizaje: media: 54,38; DE 20,87
- Observación y retroalimentación: media: 26,46; DE 14,68
- Recordatorios: media: 58,91; DE 22,90
- Clima de seguridad: media: 52,48; DE 21,24

Como consecuencia de los resultados de la autoevaluación, los responsables de HM han realizado un plan de mejora individualizado por CS, tomando como referencia los planes estándar por nivel elaborados por la OMS.

Se ha devuelto la información a todos los responsables de HM y se han definido las funciones del responsable

abordando los diferentes componentes.

Se está fomentando en los CS la observación entre profesionales con el fin de realizar feed back directo e inmediato de la realización correcta de la técnica.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La realización del cuestionario de autoevaluación de la OMS ha permitido a los responsables de HM detectar puntos fuertes y áreas de mejora en relación a la implantación en su CS de la estrategia de HM, así como elaborar y desarrollar un plan de mejora en función de los resultados obtenidos. A nivel global, el cuestionario ha permitido detectar los componentes de la estrategia menos desarrollados y se están diseñando nuevas actividades que aborden estos componentes.

**AUTORES:** *CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ; JUANA MATEOS RODILLA; CRISTINA JIMÉNEZ DOMINGUEZ; MERCEDES DRAKE CANELA; SOLEDAD JUSTO GIL; CECILIA ALBERTOS CARRIÓN.*



**ID:** 59

**TITULO:** INTENTANDO LLEGAR A TODOS LOS PROFESIONALES

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Una de las principales dificultades para avanzar en la mejora de la Seguridad Clínica es vencer el bajo grado de implicación que muestran los profesionales.

**ANALISIS:** Queremos conocer cuál es el grado de conocimiento que tienen los profesionales sobre la seguridad del paciente, en qué medida participan o están dispuestos a participar en la mejora de la seguridad clínica y que nivel de importancia le otorgan, a través de una encuesta breve (10 preguntas) y con carácter anónimo (solamente deben indicar cuál es su categoría profesional) Así mismo, ofrecemos a todos los profesionales la oportunidad de expresar su opinión respecto al trabajo que realizamos desde la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente

**PROPUESTAS DE MEJORA:** La encuesta sobre seguridad clínica ha sido contestada por el 27,8% de los profesionales (médicos 47%, administrativos 28% y enfermería 18%).

Uno de los aspectos que solicitan los profesionales es que se incremente el grado de retroalimentación de información desde la Comisión de Calidad y Seguridad a los profesionales.

Desde la Comisión de Calidad y Seguridad Clínica de nuestra organización nos hemos propuesto que la información llegue a todos los profesionales, sea cual sea su categoría profesional, utilizando para ello diferentes vehículos:

- Sesiones de formación (a nivel de cada una de las 17 UAP, centralizadas y luego formación en cascada,...)
- Divulgación de contenidos en la web de la organización sanitaria: feed-back de la información en forma de recomendaciones (emitidas tras el análisis de las incidencias notificadas)
- Divulgación de contenidos en la web destinada al intercambio de conocimiento entre profesionales de primaria y de hospitalaria
- Boletín de seguridad (cuatrimestral)

**RESULTADOS:** Los resultados extraídos de las respuestas obtenidas en la encuesta, con una participación del 27,8% de los profesionales:

- 80% conocen que es la Seguridad del Paciente (SP)
- 75% conocen la existencia de la Comisión de Calidad y SP
- 50% no conocen la intranet de la Comarca
- 24% no conocen la aplicación informática para notificar incidencias
- 89% han notificado alguna vez o están dispuestos a hacerlo
- 88% reconoce SP como muy importante en su labor diaria
- 95% cree indispensable que exista feed-back
- el 35% de los profesionales que han cumplimentado la encuesta han realizado aportaciones, a modo de sugerencias de mejora, en este sentido



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La retroalimentación de información a los profesionales es uno de los aspectos más importantes a trabajar en el campo de la seguridad del paciente y así lo han manifestado los profesionales.

**AUTORES:** ROSA MARIA AÑEL RODRIGUEZ; MARIA CARMEN ESPARTA ECHEBARRIA; MARIA ARRATE GOIKOETXEA ALBERDI; CARMEN TRIGO GALARDI; MAGDALENA INES CABEZA DIEZ; MARTA PEREZ GOMEZ.



**ID:** 45

**TÍTULO:** ¿Dónde está el salbutamol?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Los Centros de Atención Primaria, en ocasiones, reciben pacientes con una urgencia vital a los que hay que dar una atención lo más eficiente y segura posible. La práctica asistencial de la Atención Primaria, aunque no está exenta de resolver problemas de urgencia vital, habitualmente no se desarrolla en este ámbito. Por este motivo, en situaciones de esta índole, los profesionales sanitarios pueden encontrar dificultades en el manejo de los mismos. Este problema surge a propósito de un caso ocurrido en el Centro de Salud, en el cual en el contexto de una crisis asmática, se plantearon dificultades en la localización del salbutamol.

**ANALISIS:** En el contexto de una asistencia de urgencia vital, existen dos tipos fundamentales de problemas. El primero tiene que ver con la formación del profesional ante el problema de salud. Son patologías menos frecuentes y puede existir una falta de capacitación para su atención. El segundo tiene que ver con el manejo del material y fármacos empleados en la sala de emergencia.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** En un Centro de Salud urbano se diseña una estrategia de mejora para el manejo de una eventual urgencia vital. Para ello se realizan sesiones formativas por parte de los profesionales del Centro de Salud, en la que se incluyen aspectos puramente clínicos, así como el conocimiento en profundidad de los equipos de los que se dispone, su manejo y localización, los fármacos y otros elementos necesarios en el tratamiento de una urgencia vital.

**RESULTADOS:** Se diseñan 6 sesiones formativas para el personal sanitario que se imparten durante los meses de noviembre y diciembre de 2012. Las sesiones deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Carácter conciso en la elaboración de la sesión clínica
2. Uso de medicación e instrumental disponible en el Centro de Salud
3. Elaboración de un protocolo clínico, basado en la evidencia científica, que posteriormente se colocará a modo de poster (DIN A2) en un lugar visible de la sala de emergencias
4. Ubicación del material que requiere dicho protocolo en la sala de emergencias
5. Participación multiprofesional

Las sesiones impartidas son las que se detallan a continuación:

•¿Dónde está el salbutamol?

Se emplaza a los profesionales a la sala de emergencias donde se enseña no sólo el material del que se dispone, sino su ubicación y funcionamiento. Se repasa el carro de parada y se hace un ejercicio práctico de manejo del desfibrilador automático.

- Crisis HTA
- Anafilaxia
- Bradiarritmias
- Broncoespasmo
- Asma infantil



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** No sólo es necesaria la formación continuada de los profesionales de la salud. También es un criterio de seguridad del paciente el conocimiento del material del que disponemos, así como la ubicación y manejo del mismo en el lugar de trabajo.

Son necesarias sesiones formativas orientadas al conocimiento del manejo clínico de la urgencia vital en Atención Primaria.

**AUTORES:** *LOURDES MARTÍN MÉNDEZ; AURORA FABERO JIMENEZ; CARLOS LILLO DE LA QUINTANA; MARIA DE SANTIAGO HERNANDO; ESTHER FRAILE MUÑOZ; MANUELA SANCHEZ CASTAÑO.*





**ID:** 65

**TITULO:** Difusión de buenas prácticas: importancia de la retroalimentación a profesionales y del aprendizaje de la organización

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Desde 2010 se dispone de un sistema de notificación on line y de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación, implantado y a disposición de todos los profesionales de Atención Primaria- más de 11000-; el objetivo posterior ha sido que las buenas prácticas elaboradas como resultado del análisis sean difundidas, lleguen a los profesionales y sirvan de aprendizaje para toda la organización

**ANALISIS:** El sistema de notificación dispone de una aplicación para que todos los profesionales que notifiquen reciban un informe dónde se incluyen las conclusiones del análisis y las medidas correctoras propuestas. En otros casos como resultado del análisis, se propone elaborar una práctica o recomendación de seguridad que debido a su importancia e impacto en la seguridad debe ser conocida por un mayor número de profesionales o incluso por toda la organización.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se elaboró un procedimiento para la difusión e implantación de las buenas prácticas en atención primaria, además de las medidas correctoras que van incluidas en los informes en respuesta individual a cada profesional que notifica. En el procedimiento se diferencia entre: Prácticas seguras generalizables (PSG) y Recomendaciones de seguridad (RS) que a su vez y dependiendo de su alcance, pueden ser locales (RSL) o generales (RSG). Se elaboró un formato de ficha para cada tipo y una vez elaborada y aprobada la PSG, o la RS, ésta queda incluida automáticamente en un banco específico, además la propia aplicación activa un procedimiento de comunicación. El mecanismo funciona enviando un correo electrónico de manera automatizada a los responsables de seguridad y directores de los centros así como a los directores asistenciales; en el cuerpo del correo, se recoge un vínculo al banco correspondiente y un texto definido que informa de la necesidad de apoyar la difusión e implantación de la buena práctica entre todos los profesionales

**RESULTADOS:** Además de enviar informes individualizados con medidas correctoras a los profesionales que notifican, como mejora de la aplicación informática de notificación, se han creado unos bancos específicos para incluir todas las PSG y las RS elaboradas y accesible a todos los profesionales, y se ha puesto en marcha un procedimiento automatizado para la comunicación y difusión de las prácticas y recomendaciones ya elaboradas. El número de informes con medidas correctoras ha sido 3871, correspondientes al 74% del total de incidentes y errores de medicación notificados. Se han elaborado y difundido según el procedimiento establecido al resto de profesionales: 1 PSG, 10 RSG y 7 RSL. Las recomendaciones están relacionadas con el control del TAO, identificación de pacientes, mejora de la adherencia y la comunicación con el paciente y uso correcto de determinados fármacos



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** No solo es fundamental devolver información de las medidas que se van a poner en marcha a los profesionales que notifican, igualmente es muy importante el difundir y compartir las buenas prácticas en toda la organización

**AUTORES:** *Asunción Cañada Dorado; Inmaculada Mediavilla Herrera; Ana Miquel Gómez; Juana Mateos Rodilla; Elena Bartolome Benito; Juan José Sanz Del Oso.*



**ID:** 21

**TÍTULO:** COMO MEJORAR UNA URGENCIA VITAL EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** En Atención Primaria la parada cardio-respiratoria es una patología poco frecuente.

Por ello debemos estar capacitados y cualificados en RCP y manejo del carro parada.

Es fundamental garantizar la seguridad y calidad asistencial, manteniendo niveles óptimos de competencia y mantenimiento periódico de los elementos del carro parada y conocimientos actualizados.

**ANÁLISIS:** En nuestro centro de salud hemos detectado deficiencias en: conocimientos actualizados de los profesionales sanitarios, revisiones periódicas y mantenimiento del carro de parada. Por ello, para mejorar la actuación ante una urgencia vital, nos planteamos los siguientes objetivos:

Optimizar la atención asistencial del paciente con una urgencia vital.

Asegurar el buen funcionamiento del carro de parada.

Garantizar el correcto estado del material, medicación, ...

Fomentar y mejorar los conocimientos en el proceso del carro de parada.

Fomentar y mejorar habilidades en el manejo de materiales, dispositivos y medicación disponibles.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Elaboración de cuestionario pre-post test para evaluar los conocimientos de los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud.

Realizar cursos de soporte vital avanzado (RCP) y electrocardiograma (EKG).

Actualizar el póster informativo de la sala urgencias.

Definir tareas en la revisión del carro parada.

Establecer figuras de referencia para tutelar dichas revisiones.

Elaborar listado con turnos rotatorios mensuales.

Revisión semanal por referentes del carro parada y mensual por el resto de profesionales sanitarios, cumplimentando las hojas de firmas e incidencias.

Aumentar el porcentaje de profesionales formados.

**RESULTADOS:** Proyecto elaborado, aprobado por dirección asistencial e informado y consensado por el equipo.

Implantación en Enero del 2012.

Revisiones del carro parada –mensual/profesionales- según listado organizativo, semanal/referente.

Curso RCP y EKG (10 horas lectivas): Asistencia el 88,9% de profesionales sanitarios.

Evaluación de conocimientos pre-test de 12 ítems: Errores (12,5% con 0, 62,5% de 1-4, 25% de 5-9).

Evaluación tras un año:

Revisiones del carro de parada realizadas y cumplimentadas correctamente (100%): mensual en turno rotatorio y semanal por profesionales referentes.

Cuestionarios post-test (92,3% profesionales sanitarios del centro): Errores (83,3% con 0; 2,8% con 1; 5,6% con 2 y 8,3% con 3).



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Tras un año de implantación del proyecto, se ha asegurado el buen funcionamiento del carro parada, garantizado el correcto estado del material, medicación,... y revisión periódica del carro parada y correcto estado de uso en caso necesario.

Fomentado y mejorado los conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios claramente en el proceso del carro parada y en el manejo de los materiales, dispositivos y medicación disponibles. Del 12,5% sin errores en los pre-test pasan al 83,3% en el post-test al año de la implantación del proyecto de mejora.

**AUTORES:** *Encarnación Tornay Muñoz; Ana Morán Escudero; Julita Merino Lorente; Marta Yolanda Alcacera Mayayo; Cecilia García Ruiz; Silvia Fernández Foyo.*



**ID:** 39

**TITULO:** Adaptación de la herramienta Análisis de Barreras para la gestión proactiva del riesgo asistencial en Atención Primaria

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La prevención de los eventos adversos es un reto en atención primaria. Es necesario disponer de herramientas para la gestión proactiva del riesgo en nuestro ámbito, y la literatura nos aporta recursos escasos sobre métodos que hayan demostrado eficacia para esta tarea.

**ANALISIS:** Tras una búsqueda bibliográfica, el acuerdo del equipo investigador determinó seleccionar el Análisis de Barreras como herramienta proactiva a evaluar y adaptar, para conseguir una metodología útil y aplicable para la mejora de la seguridad del paciente en la gestión de nuestros procesos asistenciales. El trabajo se ha realizado en el contexto de un proyecto de investigación. En esta comunicación se muestra el pilotaje de la herramienta para su adaptación y mejora. Se estableció un grupo de trabajo con profesionales expertos en seguridad del paciente para la discusión. Se seleccionó un subproceso implantado en nuestra organización para aplicar la metodología con las características y variantes halladas en la literatura. Fruto de estas reuniones de trabajo se elaboró la herramienta final.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** El trabajo de discusión puso en evidencia la necesidad de que la herramienta a utilizar fuera fácil de aplicar, evitando pasos complejos. Por ello se decidió partir de la identificación de las barreras ya establecidas inicialmente en los procesos, analizando estas barreras y buscando las causas o factores que pudieran contribuir a que fallen (barrier-breakers), a partir de la tabla de factores contribuyentes de Vincent-modificada. Posteriormente, se hace una propuesta de reforzar dichas barreras, valorando la factibilidad de la solución y estableciendo un plan para la acción y la metodología para su evaluación, con fecha y responsable.

**RESULTADOS:** La adaptación de la herramienta ha dado como resultado un método que permite realizar el análisis cualitativo de forma estructurada, y a la vez ágil. Otros aspectos a destacar son la importancia del enfoque a sistema en el análisis y el abordaje de las causas del fallo de las barreras defensivas a través de la tabla de factores contribuyentes como estrategia para reforzar la práctica implantada y evitar errores. Es clave la propuesta de soluciones factibles, para favorecer la sostenibilidad de las mismas y la efectividad del trabajo de análisis.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Reforzar las barreras del sistema es una estrategia para crear condiciones de trabajo en las que el daño al paciente sea más fácil de evitar en caso de un fallo. Con el enfoque a sistema se identifican y corrigen aquellas circunstancias que pueden facilitar el fallo humano. La herramienta de Análisis de Barreras proactivo, adaptada en el presente trabajo, resulta ser una metodología cualitativa estructurada, con enfoque a sistema, sencilla de aplicar, que puede ser de utilidad en la gestión proactiva del riesgo asistencial en Atención Primaria, para mejorar la seguridad de nuestra práctica diaria.

**AUTORES:** KRISTINA LEKUBE ANGULO; JULIA FERNANDEZ URIA; JOSU ZUNZUNEGUI MARCAIDA; DAVID CANTERO GONZALEZ; FERNANDO PALACIO LAPUENTE(+).



**ID:** 8

**TÍTULO:** PROYECTO DE MEJORA; REGISTRO, CONTROL Y CUSTODIA DE RECETAS EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** La comisión de calidad de nuestro centro, identificó un área de mejora en dos de los indicadores del contrato programa, al observar que el porcentaje de recetas facturadas y no asignadas en ASTARE (Asignación de Talonarios de recetas) había sido mayor del pactado así como el porcentaje de la diferencia entre el CIAS asignado y el que prescribe la receta. Se planteó poner en marcha un plan de mejora de calidad que implicara a todos los profesionales médicos y personal administrativo del centro, ya que la evaluación de Cartera de Servicios mide la actuación de todo el Centro de Salud y no solo de un colectivo.

Se estableció el problema con una matriz de definición y nos planteamos desde la comisión de calidad mejorar los objetivos antes descritos.

**ANÁLISIS:** Al cierre del Contrato Programa de 2011, se pone de manifiesto que el porcentaje de recetas facturadas y no asignadas diariamente en ASTARE, es muy elevado, partiendo de un 3,30 % cuando el óptimo es cero.

Ocurre lo mismo con el porcentaje correspondiente a la diferencia de CIAS al que se asigna el talonario y el CIAS que prescribe la receta partiendo de un 6,24 %.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se estableció un plan de mejora en el que intervienen el personal de Administración y Facultativo del centro; consistente en la administración de los talonarios por una figura de referencia establecida en la UNAD, que se asegurará de la firma diaria de todas las matrices por parte de los profesionales en la misma así como su registro en ASTARE.

Se habilitó la caja fuerte de la UNAD para la custodia individualizada de las recetas y sellos de cada profesional.

A fin de garantizar la calidad del plan de mejora, durante el primer año de la implantación del procedimiento se realizará una evaluación mensual basada en los siguientes indicadores;

o Indicadores de proceso:

- Porcentaje de profesionales médicos que siguen el proyecto. Estándar 100%

o Indicadores de resultado:

- Porcentaje de recetas facturadas no asignadas diariamente.

Nº matrices rec. No asignadas / nº total matrices rec. Entregadas.

- Nº de reclamaciones/quejas de los profesionales a la UNAD relacionadas con la implantación del procedimiento

Estándar: <100%



**RESULTADOS:** Un año después de la implantación del plan de mejora podemos presentar los siguientes resultados;

-Un 98 % de profesionales custodian las recetas y el sello en la caja fuerte de la UNAD diariamente.

-En enero de 2012 , partimos de un 3.30 % de recetas no asignadas a CIAS, y en diciembre del 2012 un 0.60 % ( pacto 0,45% ).

-También apreciamos una bajada del 6,24% al 3.53% en porcentaje de recetas con diferencia de CIAS en diciembre de 2012 ( pacto 5,36% ).

-No hemos tenido ninguna reclamación relacionada con la implantación del proceso.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** ELENA CUBILLO GARCIA; ANA MORAN ESCUDERO; ENCARNACION TORNAY MUÑOZ; YOLANDA ALCACERA MAYAYO; SILVIA FERNANDEZ FOYO.



**ID:** 73

**TÍTULO:** ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE ALTA DEL HOSPITAL

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** En seguridad del paciente, la falta de coordinación y comunicación en la transferencia se considera, por los expertos, área prioritaria a investigar en los países desarrollados.

Los incidentes de seguridad en los pacientes dados de alta constituyen un serio problema. Se estima que afectan casi al 20 % de los enfermos siendo prevenibles (o minimizables) aproximadamente un 60%. Destacan los eventos relacionados con errores en la medicación y problemas de comunicación que derivan en un seguimiento inadecuado del paciente. Además, hay que considerar el coste derivado de las subsiguientes demandas asistenciales (reingresos, urgencias, etc.).

**ANÁLISIS:** En nuestra área hospitalaria no existe un abordaje sistemático de los problemas de seguridad del paciente ligados a proceso de alta.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Diseñar y aplicar un plan de seguridad (clínica) del paciente para el proceso de alta desde el hospital a atención primaria (AP).

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital asume la coordinación efectiva, el soporte metodológico y la logística del trabajo.

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales compuesto por 14 participantes de diverso perfil: 1 Facultativo de AP, 2 de Medicina Interna y 1 de Cirugía General, 2 Enfermeras Gestoras de Casos, 2 Enfermeras Gestoras de Cuidados, 1 Enfermera Clínica de Hospital, 1 Trabajadora Social, 1 profesora de Escuela de Ciencias de la Salud y 3 miembros de la Unidad de Calidad.

El grupo contó con la aprobación y el respaldo de las Direcciones Asistenciales

**RESULTADOS:** Se realizó una revisión bibliográfica y se planificó un cronograma para sesiones de trabajo grupales (presenciales con soporte de videoconferencia en caso necesario).

En la sesión inicial se elaboró el Mapa de Actividades del Proceso y el Catálogo de Eventos Adversos (EAs), Fallos y Causas para cada fase del proceso mediante la técnica de generación de ideas ("brainstorming"). Se identificaron 118 tipos de eventos adversos, 89 fallos y 171 causas.

A partir del listado de EAs se construyó el Mapa de Riesgos y se priorizaron los EAs según su frecuencia, gravedad, detectabilidad y criticidad, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

Posteriormente se diseñó el Plan de acciones preventivas específicas para la disminución del riesgo. Tras la depuración y agrupación por lotes de los distintos tipos de acciones preventivas a llevar a cabo se aplicarán de manera efectiva: distribución de tareas a los responsables y cronograma, que contempla la notificación, registro y análisis causal de los eventos adversos que se produzcan.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Como resultados de este proceso cabe destacar no sólo el hecho de abordar uno de los procesos asistenciales claves en la seguridad del paciente como es el de alta del hospital, sino también, el modo en que se aborda mediante la constitución de un grupo de trabajo interniveles que será referente para la adopción de las medidas preventivas y que cuenta con el apoyo de la Dirección asistencial.

**AUTORES:** *María Luisa Carracedo Melero; Isabel De Andrés Cara; María Dolores Garrido Ramiro; Inmaculada Marín Guzmán; Marisol García Gómez; Rosa María Miñarro del Moral.*



**ID:** 61

**TÍTULO:** ¿Me receta el Sintrom de mi padre, doctor?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Paciente de 82 años que sufre Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST con revascularización coronaria y cirugía valvular aórtica. Sufre ictus post-quirúrgico.

Acude a consulta el hijo, a última hora, con informe de alta hospitalaria de Cardiología con pautas terapéuticas, incluido inicio anticoagulación oral con Sintrom® (acenocumarol).

Han iniciado anticoagulación oral en Hematología pero precisa receta, al preguntarle si el acenocumarol es de uno o cuatro miligramos refiere que de cuatro.

Al día siguiente detectaron, tras tomar la primera dosis de cuatro miligramos, que era de uno la prescrita por hematólogo en el informe que tenían en casa.

**ANALISIS:** En el informe de alta de Cardiología no especificaba la dosis que se debía administrar.

El familiar no aportó el informe de Hematología con la pauta adecuada.

El médico de Atención Primaria no exigió el informe de Hematología confiando en la palabra del familiar sin asegurarse

**PROPUESTAS DE MEJORA:** - Para evitar futuros errores, siempre que el seguimiento del paciente se realice fuera del centro de salud, no se prescribirá receta ninguna sin el informe del servicio pertinente.

- Establecer técnicas de doble chequeo por parte del personal sanitario, tanto medicina como enfermería, principalmente en medicamentos de alto riesgo, comprobando y asegurando que la dosis es la correcta.

- Realizar "empoderamiento" del paciente familiar y cuidador, haciéndoles coparticipes en el cuidado de su salud.

- Proporcionar un folleto informativo sobre medicaciones de alto riesgo de uso común en primaria en este caso el buen uso del acenocumarol su dosificación e interacciones, para implicar al paciente en su autocuidado, mejorar el cumplimiento y evitar futuros errores.

**RESULTADOS:** Tras implantar estas medidas en el centro no hemos tenido ningún otro incidente con el acenocumarol.

El hijo acompaña a su padre a los controles de International Normalized Ratio (INR) para participar en el seguimiento y cumplimiento terapéutico.

Al administrar al paciente un folleto informativo sobre el fármaco nos ha servido para ampliar los conocimientos sobre su tratamiento, su dosificación adecuada, el paciente esta más alerta ante nuevas prescripciones farmacológicas e interacciones alimentarias, que en un futuro redundara en un mejor control del INR.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, los acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema y dañan a los profesionales e instituciones sanitarias.

En estos “medicamentos de alto riesgo” con límites terapéuticos estrechos, todo el sistema sanitario, especialista que lo prescribe, médico de Atención Primaria que sigue el tratamiento y farmacia que lo proporciona, debemos extremar el cuidado para evitar consecuencias no deseadas.

**AUTORES:** *Rosa María Pérez Criado; Paloma Rodríguez Turegano; Karen Adriana Pisconte Alayza; Concha Díaz Laso; María Luisa Asensio Ruiz; Marta Covadonga Gutierrez Menendez.*



**ID:** 78

**TITULO:** Retirada de antiagregantes en pacientes con riesgo de trombosis. A propósito de dos casos

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Se comunican a la unidad de gestión de riesgos dos eventos adversos. Se detectan 2 pacientes antiagregados portadores de stent, que sufren un evento coronario que requiere hospitalización a los pocos días de la retirada del antiagregante porque iban a ser sometidos a endoscopia.

Cuando en un paciente antiagregado hay que realizar una cirugía programada no cardíaca, se debe establecer previamente el balance riesgo/beneficio de hemorragia por la intervención quirúrgica versus el riesgo de trombosis por la suspensión del antiagregante.

En el caso de pacientes portadores de stent, el riesgo trombótico es de moderado a alto si se suspende la antiagregación por lo que es necesario realizar una valoración clínica individual cuando van a ser sometidos a cirugía y también cuando se les va a realizar a una prueba diagnóstica endoscópica antes de decidir la retirada del antiagregante.

Se desconoce si estos casos se realizó dicha valoración clínica individualizada y quien fue el peticionario de la prueba si el médico de familia (MF) o el especialista.

**ANALISIS:** Dada la gravedad de ambos incidentes y la accesibilidad desde primaria a la endoscopia, se pretende conocer cual es el manejo que hacen los MF de estos pacientes, con el fin de poder elaborar una recomendación segura generalizable

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Elaboración y envío de un cuestionario On-Line con 7 preguntas específicas y 4 preguntas con las variables universales y otras socio-profesionales.

Envío del cuestionario a todos los facultativos de un área sanitaria (482) y análisis descriptivo de todas las variables.

**RESULTADOS:** De los 482 cuestionarios enviados, 25 no llegan al destino; responden 117 profesionales (25%). El 81,4% son mujeres y el 18,6% varones; un 48% tienen edad entre 41-50 años, siendo el 40,8% > de 50 años. El 93% tienen más de 11 años de experiencia profesional.

Tan solo un 28% de MF ha tenido en el último año 1 o 2 pacientes portadores de stent que hayan precisado una prueba endoscópica.

El 37% de los MF solicitaría la prueba directamente, frente a un 38,4% que derivaría al digestivo para la solicitud y el 14,1% que enviarían primero al cardiólogo antes de petitionar la prueba.

El 46% retiraría la antiagregación directamente en estos pacientes por el riesgo de hemorragia, un 20,6% dice no saber cual es la actuación correcta.

El 54% considera que si hay que retirar la antiagregación, se haga junto con los especialistas que valoran al paciente; además la mayoría responden que para poder hacer un manejo adecuado de estos pacientes deberían existir protocolos consensuados entre atención primaria y especializada (68,4%), así como la posibilidad de realizar consulta telefónica o por mail directamente al especialista.



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Parece necesario trabajar un protocolo de actuación común entre diferentes niveles para estos pacientes y elaborar una práctica segura para que los MF sepan que debe llevarse a cabo una valoración individualizada del riesgo en estos pacientes cuando se les pida una endoscopia.

**AUTORES:** *Alfredo Gómez de Cádiz; Guadalupe Olivera Cañadas; Carlos Barreda Velázquez; Adela Villanueva Guerra; Aurora Barberá Martín; Ana Pérez Hernández.*



**ID:** 17

**TITULO:** LISTADOS DE VERIFICACION QUIRÚRGICA PARA DOS PROCEDIMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DIU E IMPLANTE DE ANTICONCEPTIVO

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Hace años comenzamos a implantar la cultura de seguridad del paciente en nuestro Centro de Salud. Hace tres años decidimos implementar los listados de verificación quirúrgica para dos de nuestras prácticas en cirugía menor: la inserción del dispositivo intrauterino y la del implante anticonceptivo subcutáneo. Nos hemos acogido a las ventajas de usar una lista de chequeo, la hemos ajustado a nuestras necesidades y a dos de los procedimientos de cirugía menor que realizamos. Estos listados están apoyados por la evidencia y su presencia en el centro promueve la adherencia a prácticas de seguridad.

**ANALISIS:** Estos listados están basados en los 10 objetivos para una cirugía segura. Son concisos y recogen los aspectos más importantes del procedimiento a realizar. Contienen datos de filiación, de identificación del proceso, de confirmación de la identidad del paciente, el procedimiento al que va a ser sometida y la utilización del consentimiento informado y escrito. En el listado de verificación para la inserción del DIU se hicieron preguntas que recogían las principales contraindicaciones y datos relacionados con la fórmula obstétrica, patrón de sangrado, asepsia durante el procedimiento y los pasos a dar en la inserción del dispositivo. El listado acaba incluyendo preguntas sobre el registro en la historia digital del procedimiento, la probable evolución y la resolución de dudas.

El listado de verificación del implante subcutáneo de etonorgestrel se hicieron preguntas sobre la fórmula obstétrica, patrón de sangrado, brazo dominante de la paciente, utilización previa de anestesia local. Recoge información sobre la asepsia en el procedimiento, registro en la historia clínica y probable evolución y resolución de dudas.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se presentaron los listados en sesión conjunta a todos los profesionales del centro llegando al acuerdo de realizar propuestas de mejora. Se insistió en la característica fundamental de los listados y es la obligatoriedad de ser leídos en voz alta. Tras la modificación de algunos ítems y un acuerdo en la forma de presentación de los mismos, se puso en marcha la experiencia y hasta este momento se siguen usando, perimiendo realizar una práctica segura en atención primaria.

**RESULTADOS:** De los 92 implantes subcutáneos colocados en el momento de corte del estudio, en 47 se había usado el listado de verificación. No se ha comunicado ningún incidente durante ese período. En no todos los casos el médico ha estado acompañado por otro profesional que haya colaborado en el uso del listado. Se resolvieron retirar preguntas sobre la fórmula obstétrica y la cita para la próxima revisión. Se decidió cambiar la pregunta de reacción alérgica por la del uso de anestesia local previa.

En los todos las inserciones del DIU se había usado el listado de verificación. Siempre está presente la auxiliar. Se retiró la pregunta de alteraciones uterinas y anticoncepción previa y modificar la pregunta de exploración del flujo.



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** En ambos consentimientos se ha introducido la realización o no de higiene de manos.

**AUTORES:** *ISABEL RODRIGUEZ BRAVO; ALMUDENA GONZALEZ FÁBREGA.*



**ID:** 25

**TITULO:** Aplicación de ciclo de mejora en Notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente. En un C. de Salud.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los niveles de atención sanitaria, y a países con cualquier grado de desarrollo. Conocedores de la trascendencia de la notificación de incidentes de seguridad en el ámbito de la atención primaria, para evitar y tratar de minimizar estos posibles incidentes, se selecciona esta oportunidad de mejora frente a otras, aplicando las técnicas de comparación por pares y matriz de priorización.

**ANALISIS:** Comprobados los datos de baja notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente (errores de medicación, RAM e incidentes de seguridad). Estos indicadores, incluidos en el Contrato Programa de Centros reflejaban un sola notificación frente a las 8 pactadas (12,5%) para el año 2010.

Mediante diagrama de Ishikawa se identifican 4 tipos de causas:

\*Estructurales no modificables (recursos económicos y humanos).

\*Con repercusión y frecuencia conocida (insuficiente educación sanitaria de los usuarios, insuficiente formación en seguridad de los profesionales, falta de identificación de los profesionales responsables de prevención y notificación en incidentes de seguridad).

\*Con repercusión y frecuencia desconocida (miedo a represalias y problemas legales).

\*De repercusión hipotética (registro poco accesible, insuficiente retroalimentación en información generada).

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Determinar e implantar acciones sobre las causas con repercusión y frecuencia conocida:

\*Educación para la Salud dirigida a los pacientes.

\*Formación de profesionales.

\*Recordatorios periódicos a los profesionales.

\*Organización de trabajo: revisión de tratamientos en polimedicados incluyendo preguntas sobre RAM y otros incidentes de seguridad, por los profesionales sanitarios.

\*Monitorización de los indicadores y notificación de sus resultados a los profesionales

**RESULTADOS:** Año 2010 no se cumplió ninguno de los objetivos pactados en cuanto a notificación de incidentes de seguridad (1notificadas /8 pactadas)(12,5%). Notificación de errores de medicación(1/5), RAM graves(0/2) y notificación incidentes de seguridad(0/1).Año 2011 se alcanzan los objetivos en 2 de los 3 indicadores: "notificación de errores de medicación" (11/5),(220% respecto al pacto) y "notificación de incidentes de seguridad" (4/4) (100%), siendo insuficiente la "notificación de RAM graves"(1/2) (50%).Año 2012 se logra el cumplimiento de los objetivos pactados en los 3 indicadores: (13/8)(162,5 %), (4/4) (100%) y (3/2)(150%)respectivamente.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La evolución de los resultados en notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente, durante los tres años evaluados muestra una mejoría progresiva, probablemente debida a la efectividad de las acciones de mejora implantadas. Para conseguir la mejora continua de la seguridad es prioritario monitorizar periódicamente los indicadores, transmitir los resultados a los profesionales y potenciar la implementación de acciones de mejora.

**AUTORES:** *Elena Peces-Barba Sasera.*



**ID:** 55

**TÍTULO:** ¿Qué percepción tienen los residentes de familia con respecto a la seguridad del paciente en los centros de salud?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Objetivos: Valorar la percepción de los MIR y EIR de familia de último año de residencia con respecto a la seguridad del paciente en las actividades desarrolladas en sus centros de salud. Conocer qué dimensiones de la cultura de seguridad consideran son puntos fuertes y cuales áreas de mejora.

**ANÁLISIS:** Metodología: Cuestionario de la Agency Health Research Quality (AHRQ) traducido, adaptado y validado en nuestro ámbito.

Estudio descriptivo transversal.

Población: todos los MIR de familia de 4º año (152) y todos los EIR (48) de 2ª año. El cuestionario se realiza durante un taller de formación en seguridad.

Se analizan y comparan las 15 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente extraídas de las distintas secciones del cuestionario, así como la variable que puntúa de manera global la percepción de seguridad del paciente.

Para valorar la percepción de los profesionales con respecto a la cultura de seguridad, se calcula la media y el IC95% de cada dimensión y de la puntuación global con rango de 1 a 5. Se considera percepción positiva la puntuación >3 y claramente positiva si es ≥4.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Para conocer cuáles son las dimensiones consideradas como puntos fuertes y cuáles áreas de mejora, se usa la herramienta de explotación de resultados de AHRQ traducida y adaptada (hoja EXCEL para introducir datos y generar automáticamente tablas y gráficos de resultados). Se considera punto fuerte si la media de las variables que conforman la dimensión alcanza más de un 75% de respuesta positiva (muy de acuerdo, acuerdo). Se trata de área de mejora si la media de las variables que conforman la dimensión alcanza más del 50% de respuesta negativa (muy desacuerdo, en desacuerdo).

**RESULTADOS:** Realizaron el cuestionario 98 profesionales (49%); de ellos el 70% son MIR y el 30% EIR. Todas las dimensiones alcanzan puntuaciones > 3, excepto "Ritmo y carga de trabajo"(2,76; 2,57-2,88); la puntuación global es de (3,25; 3,11-3,38); las más valoradas son:"Seguimiento de la atención a los pacientes" (3,8; 3,6-3,9) y "Trabajo en equipo" (3,7; 3,6-3,9).

De las 15 dimensiones ninguna alcanza una media del 75% de respuesta positiva, son tres las dimensiones con más de un 50% de respuesta negativa:"intercambio de información con otros dispositivos", "aspectos relacionados con la calidad y la seguridad de paciente" y "ritmo y carga de trabajo". Las dimensiones que alcanzan una mayor frecuencia de respuesta positiva son: "Seguimiento de atención a los pacientes (69%)", "Trabajo en equipo" (66%) y "Aprendizaje organizacional" (66%). En cuanto a los resultados globales de la seguridad el 52% puntúan la seguridad como buena y un 28% como muy buena.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Los MIR y EIR de último año de formación tienen una percepción buena de la seguridad del paciente, aunque consideran se deben mejorar aspectos como la sobrecarga de trabajo o la comunicación con otros dispositivos.

**AUTORES:** *Mercedes Drake Canela; Guadalupe Olivera Cañadas; Carmen García Cubero; Cristina Jiménez Domínguez; María Dolores Martínez Patiño; Luisa Fernanda Gutierrez Torres.*



**ID:** 31

**TÍTULO:** AUMENTO DEL RIESGO DE FRACTURA DE CADERA POR MEDICAMENTOS EN NUESTRO ENTORNO

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Las caídas en personas mayores tienen un origen multifactorial, siendo la utilización de ciertos medicamentos un verdadero problema de seguridad del paciente que puede contribuir a aumentar el riesgo de caídas y, como consecuencia, ocasionar una fractura de cadera, una de las complicaciones más preocupantes por su elevada morbilidad, mortalidad e impacto sociosanitario.

Los fármacos que según la evidencia se relacionan con un mayor riesgo de caídas y que hemos considerado para el estudio son los antihipertensivos, diuréticos, betabloqueantes, psicodélicos y antidepresivos (fármacos de riesgo: FR). Nuestro objetivo es analizar el consumo de estos fármacos en pacientes mayores de 75 años fracturados de cadera, y extraer conclusiones que relacionen ambos factores para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

**ANÁLISIS:** Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles en el que se identifican los pacientes mayores de 75 años fracturados de cadera entre 2008 y 2012 (se descartan las caídas por accidentes de tráfico o enfermedades neoplásicas) y se analiza la medicación en los tres meses anteriores a la caída, comparando el porcentaje de utilización de FR en los pacientes fracturados (casos) con un grupo similar de pacientes en nº, edad, sexo, área de salud y periodo, sin dicho antecedente (controles).

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Generalizar la prevención de caídas es un reto pendiente. Las propuestas que pretendemos iniciar dirigidas a evitar caídas potenciales y mejorar la seguridad de estos pacientes están relacionadas con el uso racional de estos FR:

En atención primaria: seguimiento y revisión periódica del tratamiento de los pacientes susceptibles de sufrir caídas (mayores de 75 años, con índice Downton > 3 y en tratamiento crónico con FR), así como educación sanitaria adecuada.

En atención especializada: conciliación de tratamientos al alta de los pacientes ingresados, para evitar interacciones, duplicidades u otros problemas potenciales relacionados con FR.

**RESULTADOS:** De los 224 casos de pacientes fracturados de cadera en el periodo de estudio, el 11,6% estaba en tratamiento con antipsicóticos y el 22,3% con hipnóticos y/o sedantes, sin embargo de los 227 pacientes del grupo control, la proporción fue del 4% y 13,7% respectivamente (con una  $p < 0,05$  para ambos grupos). Para el resto de grupos farmacológicos no hubo diferencias significativas entre casos y controles.

A partir de estos resultados se aplicarán las propuestas de mejora definidas, priorizando los pacientes en tratamiento con antipsicóticos, hipnóticos y/o sedantes.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** El consumo de antipsicóticos, hipnóticos y sedantes en pacientes mayores de 75 años se identifica como un factor de riesgo de caídas y en consecuencia de fractura de cadera. En este sentido, es necesario concienciar sobre la importancia de la prevención mediante la adecuación de los tratamientos en pacientes ancianos, aportando formación continuada a los prescriptores y facilitando la identificación de estos pacientes y sus tratamientos.

**AUTORES:** *MARIA DEL MAR CERVERA MARTÍNEZ; ESTHER ROQUER FANLO; LLUIS COLOMÉS FIGUERA; ROSA MARÍA TOMÁS CEDÓ; ARNAU BESORA CUNILLERA; MARIA JOSÉ BUENO DOMÍNGUEZ.*



**ID:** 4

**TÍTULO:** ¿Influye en la prescripción de adultos la contraindicación de metoclopramida en pediatría?

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** En octubre de 2011 la AEMPS emitió una nota de seguridad del medicamento de uso humano metoclopramida informando a los profesionales sanitarios sobre las nuevas condiciones de autorización; su uso se contraindicaba en niños menores de 1 año y no se recomendaba en niños y adolescentes entre 1 y 18 años.

Estas condiciones se basaban en un procedimiento europeo de evaluación del uso de productos en la población pediátrica, donde se había revisado la información disponible sobre metoclopramida relativa a la población pediátrica (notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas, ensayos clínicos, estudios de seguridad y casos individuales publicados), concluyéndose que el aclaramiento de metoclopramida tiende a disminuir en recién nacidos, por lo que la eliminación del fármaco es más lenta en esta población, que el riesgo de reacciones extrapiramidales es mayor en niños que en adultos.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la prescripción de la nota de seguridad en función de la edad del paciente.

**ANÁLISIS:** Análisis de la influencia de la nota de seguridad en la prescripción, realizado mediante los datos de consumo a través de receta médica oficial (facturación de recetas procedentes de las oficinas de farmacia), medido en número de envases de metoclopramida en los últimos 5 años y desglosado por grupos de edades.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Los resultados obtenidos muestran desde 2008 hasta 2012 que el consumo total de metoclopramida en envases ha disminuido a la mitad. Si desglosamos el dato por grupo de edad la distribución del consumo también se ha visto modificada. En 2008 los niños de 1 año consumieron el 0.78% de los envases mientras que en 2012 0.46% (60 envases). Si escogemos el grupo de 1 año hasta los 20 años observamos que la variación entre 2008 y 2012 ha sido menor (de 6.31% del consumo en envases pasa a 5.34%).

En adultos (mayores de 20 años) el consumo en envases en el periodo de estudio se ve disminuido un 50%.

**RESULTADOS:** La nota de seguridad relativa al uso en pediatría ha tenido impacto en la práctica clínica, independientemente de la edad del paciente; asimismo se observa que a pesar de existir contraindicación en menores de 1 año, sigue habiendo una prescripción residual.

Los datos de este estudio sugieren profundizar en el análisis, centrándonos en la historia clínica de los pacientes.

#### **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** *Leire Braceras Izaguirre; Isabel Elizondo López de Landache; María José Gardeazabal Romillo; Jon Iñaki Betolaza San Miguel; Garbiñe López Ayarzagüena; Edurne Ruiz Vaquero.*



**ID:** 54

**TÍTULO:** MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** Desde la puesta en marcha (julio 2011) del sistema de notificación de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) en nuestra comunidad autónoma, se han comunicado 203 IS y 92 EM relacionados con la incorrecta identificación de pacientes.

El 50% se producen en consulta, lo que origina anotaciones en historia clínica (HC) y prescripciones a un paciente "equivocado".

Un 25% se producen en la unidad administrativa (UNAD) durante la citación por teléfono o en persona y en la entrega de documentos (recetas, citas para especializada, partes de confirmación de IT, recogida de pruebas diagnósticas).

**ANÁLISIS:** Se realiza un análisis mediante espina de Ishikawa. Se encuentran como causas principales:

- escasa sensibilización del paciente sobre el impacto en su seguridad de los documentos que se entregan en el centro,
- ausencia de verificación sistemática en la UNAD de que el acto corresponde al paciente correcto,
- en consulta no se verifica que la HC en la que se registra y los documentos generados corresponden al paciente atendido.

Los errores se deben fundamentalmente a factores del profesional relacionados con la carga asistencial y a factores ligados a la tarea.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se elabora una recomendación de seguridad generalizable (RSG) que se difunde a todos los centros de la CC AA con consejos y barreras para la UNAD, la consulta y los propios usuarios.

Ante la retirada de documentación en la UNAD:

- el usuario debe acreditar su identidad con Tarjeta Sanitaria o DNI o cualquier otro documento legal; ante dudas sobre su identidad se deben pedir ambos documentos;
- tras la entrega, se debe pedir al paciente que verifique si los datos (nombre, día, especialidad, prueba solicitada) son correctos.

En la consulta:

- verificar la identidad antes de iniciar la atención: confirmar que se el paciente se corresponde con la HC abierta; con nombres muy comunes, complicados y pacientes con dificultades de comunicación, verificar además la fecha de nacimiento;
- verificar que los documentos corresponden al paciente atendido antes de entregarlos;
- confirmar identidad antes de administrar un fármaco y que la medicación (vacunas, medicación de urgencia) a administrar se corresponde con prescripción.

Con los usuarios es necesario:

- implicar a usuarios y cuidadores en la importancia de la correcta filiación de los datos en los documentos manejados en el centro;
- insistir en la seguridad en el uso de fármacos: revisar las recetas entregadas en consultas/UNAD y dispensadas en la oficina de farmacia (datos e indicaciones dadas en consulta).

Se elabora cartel informativo con mensajes para usuarios para colocar en lugares visibles en la UNAD.



**RESULTADOS:** Se valorarán mediante la evolución de estos incidentes desde la difusión de la RSG.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Se elabora una RSG para todos los centros con consejos y barreras que disminuirán la errónea identificación y su impacto en la seguridad, y que aborda los entornos en que son más frecuentes estos errores: UNAD, consulta y propio paciente.

**AUTORES:** *M<sup>a</sup> Dolores Martínez Patiño; Guadalupe Olivera Cañadas; M<sup>a</sup> Carmen García Cubero; Asunción Cañada Dorado; M<sup>a</sup> Pilar Aranzazu Luaces Gayán; Soledad Justo Gil.*





**ID:** 49

**TÍTULO:** IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN SOBRE LOS PACIENTES POLIMEDICADOS PARA MEJORAR SU SEGURIDAD

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** En el contexto de la implantación en nuestro territorio del Manual para el abordaje de la Seguridad de los pacientes en Atención Primaria y dentro del proceso de la utilización segura de los medicamentos se incluye el procedimiento de la actuación en los pacientes polimedificados .

El objetivo es actuar sobre los pacientes polimedificados de forma inadecuada con el fin de incrementar su seguridad .

**ANÁLISIS:** Consideramos paciente polimedificado aquel en el que consta la prescripción de más de 9 fármacos en la historia clínica informatizada durante más de 3 meses . Procedimiento : se forman a 2 referentes del Equipo de Atención Primaria ( EAP ) en la metodología propuesta a seguir en el manual . Se crean 2 grupos de 4 médicos cada uno que serán los que semanalmente harán las revisiones de los polimedificados . Se analizará cada caso, por cada medicamento se evalúa eficacia , seguridad y la conveniencia , y se aplican los criterios FIERABRAS y STOP-STAR .

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se envía un informe con el resultado de la evaluación al médico responsable del paciente donde se propone la intervención : Retirar fármacos , cambiar o añadir , corregir dosis y pautas inadecuadas . Los indicadores de resultados será % planes de medicación modificados y el % de reducción global de fármacos . Revisión periódica cada 6 meses.

**RESULTADOS:** El EAP tiene 31.069 usuarios asignados y 20 médicos de familia . Se identificaron en diciembre del 2013 un total de 1.037 de pacientes polimedificados . Hasta la fecha se han revisado 245 ( 21,21% ) . El número total de fármacos prescritos era 2.965 . El % de planes de medicación modificados es del 75´91% ( 186 ) y el % de reducción de fármacos totales es del 22,22 % ( 539).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Utilizando sistemáticamente un método de revisión de pacientes polimedificados se disminuye el número de prescripciones innecesarias que mejora la seguridad del paciente.

**AUTORES:** *Yvonne Fernández Pagès; Laura Palacios Llamazares; Marta Baldrich Justel; Ana Moragas Moreno; Silvia Crispi Cifuentes; Laura Bascuas Tolosana.*



**ID:** 79

**TITULO:** Vacunas, algo más que una técnica. Gestión de incidentes en la cadena del frío en una Dirección Asistencial

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

El proceso de vacunación es un proceso complejo y de riesgo para la seguridad del paciente.

Se han comunicado 14 incidentes notificados por parte de los profesionales a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, (enero a septiembre de 2012). Seis de estas notificaciones están relacionadas con la gestión de la cadena del frío. Para realizar el análisis de dichos incidentes y con el objetivo de identificar las causas relacionadas con la rotura de la cadena de frío, se desarrolló un estudio transversal en 38 centros de salud mediante una encuesta de 35 preguntas (adaptada del protocolo utilizado en estudios similares) autoadministrada a todos los responsables de vacunas

**ANALISIS:** La encuesta fue contestada por el 81,57% (31/38). Se encontraron diferentes factores contribuyentes relacionados con: la tarea (41.9% indican no utilizar ningún sistema para mantener la temperatura interior, 6.45% dejan vacunas en la mesa sin sistemas de refrigeración), factores de equipo (no recepciona el responsable en 9, 4 indican no realizar todos los controles, no almacenamiento según criterios de termoestabilidad y caducidad en 15), factores de formación y entrenamiento (un suplente no conocía el procedimiento), factores de equipamiento y recursos (5 frigoríficos conectados mediante derivación) y factores organizativos (conocen el procedimiento de comunicación de incidencias pero en 3 centros no están en lugar visible y 8 indican no transmitir las incidencia a Salud Pública).

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se detectaron puntos de mejora en factores relacionados con el equipamiento y el adecuado seguimiento de los procedimientos en aspectos críticos: recepción de las vacunas y gestión de incidentes. Con el objetivo de que los responsables de los Centros de Salud conocieran y desarrollasen correctamente el proceso de recepción y mantenimiento, así como la gestión de los incidentes en la conservación y evitarlos, en enero de 2013 se realizó una sesión de trabajo para los responsables de vacunas y de enfermería donde se informó de los resultados de la encuesta, se recordaron los procedimientos de recepción, mantenimiento de la cadena del frío y gestión de incidentes centrándose en los puntos críticos identificados.

**RESULTADOS:** Los incidentes relacionados con las vacunas notificados por los profesionales han disminuido, pasando de un total de 14 en el periodo de estudio (enero a septiembre de 2012) a un total de 2 en el periodo de noviembre de 2012 a marzo de 2013 estando únicamente uno de ellos relacionados con la cadena de frío.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Este estudio ha servido para identificar los puntos críticos del proceso de vacunación estableciendo acciones correctoras. A su vez, el número de notificaciones de incidentes ha disminuido, posiblemente por la mejora de los procedimientos.

Se está realizando un seguimiento de las notificaciones relacionadas con las vacunas con el objetivo de valorar la necesidad de realizar un segundo análisis de los factores.

**AUTORES:** *Araceli Rivera Alvarez; Carmen García Cubero; Carmen Arevalo Perez; Juan Antonio Sarrión Bravo; Concepción Perez De Hita; Rosa Fernandez Fernandez.*



**ID:** 32

**TITULO:** Estrategias para la mejora de la seguridad del paciente Atención Primaria

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La seguridad del paciente es un elemento clave de calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos. En la senda de la mejora de la calidad de la atención es fundamental reducir los riesgos y los eventos adversos derivados de la propia asistencia sanitaria.

Para ello las Unidades de gestión Clínica de nuestro Distrito realizaron en el año 2012 la autoevaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente a través del entorno telemático del Observatorio de Seguridad del Paciente perteneciente a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Esta herramienta ha sido puesta al alcance de los centros sanitarios de Andalucía para facilitar el proceso de mejora continua en el seguridad de la asistencia.

**ANALISIS:** Se realizó auditoría a todas las Unidades de Gestión clínica de nuestro distrito.

Nuestro distrito está formado por 9 Unidades de gestión clínica, 8 de las cuales son UGC de Atención Primaria y otra es Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias.

Se analizaron 19 objetivos de los que consta la Estrategia de seguridad y 49 criterios.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** - Fomentar la comunicación de eventos adversos por los profesionales que permita desarrollar una política de prevención.

- Potenciar el análisis de eventos adversos de forma sistemática, facilitando la respuesta efectiva a las mejoras propuestas y monitorizando su nivel de implantación.

- Impulsar la inclusión de objetivos de seguridad del paciente dentro de los planes de participación ciudadana.

**RESULTADOS:** Del total de unidades, 8(90%) han completado la autoevaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente. El 67% cumple el 90% de los objetivos y todas las unidades evaluadas cumplen al menos el 75% de los objetivos. Los puntos fuertes de nuestras unidades son Mejorar el conocimiento en seguridad de la ciudadanía, la inclusión de competencias de seguridad del paciente en todos los perfiles competenciales de los profesionales, cumplido por el 100% de las unidades, implementar acciones específicas relacionadas con la atención segura exenta de infecciones. Dentro de este objetivo el 100% de las unidades tiene como medida específica la implementación de la estrategia de mejora de la higiene de manos, la cual viene realizándose desde 2010.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Es importante implementar y reforzar el desarrollo de liderazgo activo en seguridad del paciente en los centros de salud y sus profesionales.

La Estrategia de Seguridad del Observatorio de la Seguridad del Paciente facilita la implementación de acciones encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. Es importante que tanto los profesionales sanitarios, como los gestores y los pacientes tomen conciencia y se impliquen en mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria.

Como área de mejora de especial interés para los próximos años en nuestro Distrito, parece oportuna la potenciación de la figura de los ciudadanos referentes en seguridad en cuyo desarrollo y puesta en marcha y posterior evaluación se está trabajando.

**AUTORES:** *María Inmaculada Mesa Gallardo; Juan Gómez Salgado; Alicia Cominero Belda; Lucía Carmen Carrión Domínguez; Francisca Cruz Rodríguez; Blanca Rocío Botello Díaz.*



**ID:** 41

**TÍTULO:** MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN UN CENTRO DE SALUD

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** El uso de múltiples fármacos en pacientes mayores es un problema de seguridad de gran magnitud. Origina menor adherencia terapéutica, más visitas domiciliarias de enfermería, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Hasta un 17% de los ingresos hospitalarios se relacionan con el uso de fármacos.

El mayor polimedicado (paciente de 74 o más años con más de 6 principios activos) requiere estrategias específicas como el Programa de atención al mayor polimedicado de la Comunidad de Madrid (CM), en marcha desde 2006.

Desde 2009 en el contrato programa de centro (CPC) y/o cuadro de mando se incluyen indicadores del programa que informan al profesional de la seguridad de sus pacientes: cobertura (incluidos sobre población diana), revisión de tratamiento (al menos 2 al año de idoneidad, eficacia, seguridad y coste-efectividad de cada fármaco) y revisión del uso.

En 2011, tras revisar los resultados del programa en 2010 de nuestro centro, se prioriza mejorarlo por sus resultados deficientes. Se decide que la seguridad de estos pacientes debe ser un compromiso de todo el centro.

**ANÁLISIS:** En 2010 se alcanza en el centro una cobertura del programa de 65,7% (pacto=80%), un resultado en revisión de tratamiento de 1,6% (pacto=50%) y un resultado en revisión del uso de 2,4% (no pacto en CPC).

El equipo de mejora analiza las causas de estos datos con un diagrama de Ishikawa, encontrándose la mayor parte en los propios profesionales, la organización interna y en el circuito de atención a estos pacientes.

Se diseña un proyecto de mejora en 2011, con una matriz de acciones que se implantan durante último trimestre de 2011 y primero de 2012. Se prevén monitorizaciones de resultados a lo largo de 2012, y análisis de cierre 2012 en primer trimestre de 2013.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se implantaron las siguientes acciones de mejora:

- realización de formación sobre manejo correcto del protocolo de registro del programa,
- solicitud de listado de población diana de cada profesional, con información de inclusión y revisiones,
- protocolo de inclusión de pacientes institucionalizados adscritos al centro de salud, con información a cada profesional responsable de estos pacientes,
- alertas informáticas de recordatorio en las historias clínicas de los pacientes.

**RESULTADOS:** Al cierre de 2012 la cobertura del programa es de 74,3%, el resultado de revisión de tratamiento es 62,5% y de revisión del uso de 57,6%.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Tras la implantación de las acciones de mejora, se objetiva una mejora significativa. La cobertura se ha incrementado un 8,7%. No obstante, este indicador sigue necesitando mejorar, al no alcanzar el pacto (80%) La revisión del tratamiento se incrementa de 1,6% a 62,5%, superando el pacto (50%).

La revisión del uso pasa de 2,4% a 57,6%.

Estos resultados, aunque sigan necesitando monitorizarse, suponen una satisfacción para los profesionales y un aumento en la seguridad en nuestros pacientes más vulnerables en el uso de fármacos.

**AUTORES:** *GEMA VAZQUEZ SALADO; SANDRA GARCIA ESTEVEZ.*



**ID:** 10

**TÍTULO:** Buenas practicas en TAO

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Debido al número de notificaciones e incidencias relacionadas con el resultado del INR (Razón Normalizada Internacional) referidas al control de pacientes con tratamiento de anticoagulación oral (TAO) mediante coagulómetros portátiles de análisis capilar, y la discrepancia que su uso produjo entre los profesionales respecto a la técnica a realizar, nos planteamos:

- \* Revisar el procedimiento empleado por los profesionales de enfermería en todas las Unidades de Atención Primaria (UAPs).
- \* Valorar la variabilidad entre los profesionales respecto a la realización de dicha técnica.

**ANALISIS:** Tras una consulta aleatoria a los profesionales de enfermería de las distintas UAPs, constatamos entre otras, que había profesionales que aplicaban directamente la gota de la punción en la tira reactiva del coagulómetro y otros que desechaban la primera, así como diferencias en la educación sanitaria al paciente y en la entrega de información de distintos formatos en las UAPs.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Trabajar de forma específica en la mejora de la calidad de atención a los pacientes con TAO unificando el proceso a realizar en la asistencia a los mismos.

Realización de un poster de buenas practicas en TAO para homogeneizar el mensaje al usuario, que este sea único y que la realización del procedimiento y la técnica de obtención del INR se realice igual por todos los profesionales de enfermería de la Comarca Uribe, en el que conste:

- Material necesario.
- Realización del análisis.
- Consejos para la obtención de un resultado correcto.
- Lectura e interpretación de resultados.
- Registro en HHCC informatizada.
- Tríptico de recomendaciones al paciente.

Garantizar la máxima difusión y accesibilidad de todos los profesionales.

**RESULTADOS:** Unificar conocimientos sobre el procedimiento de obtención de INR en pacientes anticoagulados (sustituciones, alumnos de Enfermería en prácticas de pregrado...).

Satisfacción de los profesionales al resolver sus dudas en el procedimiento, proporcionándoles mayor seguridad al ejecutar la técnica.

Satisfacción de los pacientes al recibir una atención de manera homogénea por todos los profesionales.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Para conseguir buenas prácticas en nuestra labor diaria y en la ejecución de una técnica, en este caso, es imprescindible la protocolarización la sistematización y difusión entre todos los profesionales, además de un seguimiento y evaluación periódica.

De esta forma podremos aportar al paciente y al profesional seguridad y satisfacción.

**AUTORES:** *Alexander Zubiaur Barrenengoa; Lorena Ortiz de Villacian Fernandez; Carmen Irigaray Lorea; Begoña Benito Magaña; Rosa García Ramos; Antonio E. Elorriaga Axpe.*



**ID:** 27

**TITULO:** MEJORA DEL USO CRÓNICO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. Un impulso para la seguridad del paciente

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La utilización crónica de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en la población mayor de 65 años aumenta el riesgo de complicaciones gastrointestinales. Las recomendaciones actuales van dirigidas a utilizarlos a la menor dosis y durante el menor tiempo que sea posible. Este uso crónico de AINE, definido como la dispensación a un paciente de al menos 180 DDD (aprox. 10 envases) en los últimos 12 meses, es más alto en nuestra Dirección Asistencial (DA) que en el conjunto de la Comunidad de Madrid (CM), lo que puede derivar en problemas de seguridad en estos pacientes.

**ANALISIS:** Los datos del cierre del año 2011 del informe que se edita a través del Sistema de Información de la Prescripción y Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@drid), muestran tres indicadores donde nuestra DA tiene un amplio margen de mejora comparada con el resto:

- Utilización crónica de antiinflamatorios no esteroideos en ancianos.
- DHD inhibidores de la bomba de protones en farmacia gratuita (IBP).
- Número de recetas en farmacia gratuita.

Tanto el indicador de AINE como de DHD IBP son mejorables, los valores obtenidos en nuestra DA son 10,57% y 372,52, respectivamente, y en la CM son 8,57% y 360,32.

El número de recetas en farmacia gratuita puede estar influenciado por tener nuestra DA una mayor población consumidora que la media de la CM.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Implementar un proyecto de mejora del uso crónico de AINE e IBP a través de la identificación y revisión de los tratamientos en población mayor de 65 años adscrita a los centros de salud de atención primaria de nuestra DA para avanzar en materia de seguridad del paciente.

El proyecto consiste en la revisión de la adecuación de estos medicamentos, evaluando la posible existencia de sobreutilización, a partir del envío de una relación de los pacientes a los que se les ha dispensado de manera crónica un AINE y/o IBP, a cada uno de los centros de salud participantes.

El profesional médico realiza la revisión del tratamiento accediendo a la historia clínica del paciente, manteniendo una estrecha coordinación con los profesionales de enfermería.

**RESULTADOS:** Colaboran 21 de los 31 centros de salud que componen la DA, revisándose 589 pacientes.

El tratamiento con un AINE crónico se retira a 162 pacientes, un 27,50% del total.

El 79% de los pacientes revisados (466), estaban tomando además del AINE un inhibidor de la bomba de protones que se mantiene en un 91,5% y se retira en un 8,5% de los casos (37 pacientes).

En cuanto al indicador de AINE, la DA ha disminuido su valor a lo largo del año 2012 en 1,56 puntos, pasando del 12,04% al 10,48%. Y a pesar de seguir teniendo un dato superior a la media de la CM, esta diferencia entre datos es menor.



Se observa que el resultado del indicador de AINE disminuye en todos los centros, sin embargo esta disminución es superior en los centros que han participado en el estudio, 1,70 puntos frente a 0,78, al cierre del año 2012.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Se han evitado tratamientos innecesarios.

**AUTORES:** *Ana Rosa Solórzano Martín; M<sup>a</sup> Angeles Cruz Martos; Beatriz Medina Bustillo; Pedro Medina Cuenca; Jose Enrique Villares Rodriguez; Inmaculada Garcia Ferradal.*



**ID:** 44

**TÍTULO:** ADECUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** La patología tiroidea es un trastorno muy común en las consultas de atención primaria (AP), presentándose frecuentemente con manifestaciones clínicas inespecíficas, sobretodo en el caso de la hipofunción tiroidea. A pesar de la alta prevalencia del hipotiroidismo subclínico (HSC) y su posible asociación con un aumento del riesgo cardiovascular, su manejo sigue siendo controvertido. Dado que su diagnóstico y control clínico se realiza con frecuencia desde AP, nos llevó a plantearnos un estudio sobre el adecuado manejo del mismo. Ante la ausencia de guías universalmente aceptadas, decidimos utilizar la guía clínica Fisterra (edición 2011) por ser una guía clínica de manejo frecuente en AP.

**ANÁLISIS:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo, tras revisar los datos de 786 historias clínicas informatizadas y analizar los datos de 418 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de HSC entre febrero de 2008 y febrero de 2011, en un centro de salud urbano de la CAM.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Ante una determinación de TSH elevada, se recomienda la confirmación con una nueva determinación con TSH, T4L y anticuerpos antitiroideos en un plazo de 2-12 semanas. Se recomienda de forma general iniciar tratamiento con levotiroxina ante TSH  $>$  10 mU/l pero existe controversia en cuanto a la necesidad o no de tratamiento ante TSH 5-10 mU/l, indicándose habitualmente en situaciones especiales (embarazo o deseo gestacional, infertilidad, etapa de crecimiento, bocio, títulos elevados de anticuerpos, aumento rápidamente progresivo de TSH y/o depresión o trastorno bipolar que no mejora a pesar de tratamiento). No se recomienda el tratamiento en personas mayores de 70 años, ni cardiopatas ni con riesgo de osteoporosis. Aquellos pacientes que inician tratamiento se debe repetir TSH cada 3 meses hasta normalizar TSH y T4L. No existen unas pautas claras de seguimiento de pacientes con HSC sin tratamiento, las últimas recomendaciones proponen realizar un control semestral durante los 2 primeros años, anual tras el segundo año y si no ha habido cambios finalizar seguimiento tras el tercer año.

**RESULTADOS:** El HSC es más frecuente en mujeres (83%) que en varones (17%) con una edad media de 46 años. El principal motivo de solicitud de niveles de TSH fue un control analítico anual (42%), sin referir sintomatología de hipofunción tiroidea. El síntoma más frecuente fue la astenia (12%), seguido de la variación de peso (6%). El manejo fue adecuado en el 44% de los que iniciaron tratamiento, 58 % de los controles analíticos, 24% de las ecografías realizadas y 29% de las derivaciones a especializada; y sólo en el 25% de forma global.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** No se observa una pauta común en el manejo del HSC en AP siendo necesaria la puesta en marcha y promoción de guías de actuación clínica. Pues aunque la ecografía y la visita al endocrino son aparentemente inocuas, al menos a nivel físico, no lo es tanto tratar cuando no hay indicación o dejar de actuar cuando está indicado y debidamente justificado.

**AUTORES:** *Marina Holgado Juan; M<sup>a</sup> Teresa García Ron; Pablo Tranche Álvarez-Cagigas; Montserrat Rivera Tejido; David González Gallardo; Felisa López Arcediano.*



**ID:** 43

**TÍTULO:** ¿Conocemos los criterios de uso de los nuevos anticoagulantes?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Presentamos el caso de una paciente de 66 años HTA, dislipémica, con fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante oral (TAO) que en Noviembre de 2012 ingresa por hemorragia intracraneal, objetivándose hematoma frontotemporal izquierdo de 7 cm con herniación subfalcial y transtentorial que tras estancia en neurología y hasta estabilización, se traslada a centro de cuidados intermedios (CCI) para rehabilitación. Se pauta tratamiento con heparinas de bajo peso molecular pero a su alta del CCI prescriben nuevamente TAO.

En su primera visita al centro de Salud tras el alta, se reevalúa el beneficio/riesgo de TAO tras el evento ocurrido. Se estimaron mediante los índices de CHADS2VAS y HAS-BLED respectivamente. En este caso, el cálculo de CHADS-VAS2 igual a 3 (HTA e ICTUS) y HAS-BLED igual a 4 indica tratamiento anticoagulante y alto riesgo de sangrado. Se revisó la indicación de los nuevos anticoagulantes, en las que se contempla esta casuística "Pacientes con antecedentes de hemorragia intracerebral" con FA no valvular. Descartada insuficiencia renal grave y sin contraindicaciones se deriva el caso al Servicio de Cardiología que coincide con lo planteado y estimado tras lo que inicia anticoagulación con Dabigatrán.

**ANALISIS:** Mediante el Diagrama de Ishikawa hemos identificado las siguientes factores que han intervenido en el evento: la no disponibilidad de alerta de interacción farmacológica en pacientes anticoagulados en el sistema de prescripción farmacológica en A. P.; la no revisión de indicación de TAO y el cálculo de riesgo de sangrado tras evento hemorrágico; escasez de medios en centros de CCI; inadecuada formación sobre nuevas estrategias terapéuticas de anticoagulación; la escasa comunicación formal entre centros; la no disponibilidad de un programa de seguimiento desde A.P. a pacientes ingresados en centros hospitalarios y viceversa ;la existencia de un cuidador principal de edad avanzada.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Proponemos un sistema de alerta en pacientes anticoagulados que avise ante posibles interacciones farmacológicas; protocolo de seguimiento de pacientes con TAO en el cual se incluya como objetivo de buena calidad asistencial la revisión y reevaluación de la indicación de TAO y riesgo de sangrado en un período estimado según la evidencia científica; programas de formación continuada sobre los nuevos anticoagulantes; medidas que faciliten la prescripción de estos fármacos desde A. P.

**RESULTADOS:**

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** En nuestro medio la F.A. es una patología muy frecuente y durante décadas, la única opción disponible para el tratamiento anticoagulante oral han sido los antagonistas de la vitamina K (acenocumarol y warfarina). Con la llegada de los nuevos fármacos anticoagulantes, se plantean nuevas situaciones y nuevas indicaciones que los clínicos debemos conocer en aras de un mayor beneficio y de una mayor seguridad de nuestros pacientes.

**AUTORES:** Sara Moreno García.



**ID:** 15

**TITULO:** Osteonecrosis maxilar tras extracción dentaria asociada a la toma de bifosfonatos: ACR

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Se trata de un caso sucedido en la consulta de Odontología de un Centro de Salud que requirió ingreso hospitalario. Evento relacionado con la infección (nº 11 por orden de frecuencia de los eventos centinela de la JCAHO).

**ANALISIS:** Se forma equipo compuesto de: - "Un líder": con conocimiento de la metodología ACR y conocimiento del tema en el que se ha producido el incidente. Dirige el análisis, orienta al equipo hacia el "por qué". - "Un facilitador", experto en la metodología ACR. - "Conocedores del tema y consultores": no relacionados directamente con el mismo, para restar subjetividad al análisis. - "Representante gestor": responsable de la toma de decisiones y de implementar recomendaciones. Todo el equipo debe respetar la confidencialidad a lo largo del proceso. Se entrevista al odontólogo implicado en el evento, paciente y/o familiares. Se revisa historia clínica, y ausencia de protocolo para el tratamiento de osteonecrosis maxilar por bifosfonatos. Se realiza un diagrama de flujo de eventos y causas. Se aplica el set de preguntas de cribaje y alerta para RCA según el National Center for Patient Safety de la Veteran Administration (USA), siguiendo las cinco reglas para la causalidad. Se clasifican fallos o causas según Diagrama de Causa y Efecto de la NPSA (Reino Unido).

**PROPUESTAS DE MEJORA:**  Mejorar software.

Mejorar documentación y formación de los dentistas, realizando un protocolo de tratamiento de osteonecrosis maxilar por bifosfonatos y derivación de dichos pacientes al ámbito hospitalario.

Mejorar comunicación con el paciente, anamnesis, medicación y riesgos de las extracciones dentarias; y realizar comprobaciones redundantes a este respecto.

**RESULTADOS:** Se detectaron fallos relacionados con: - Factor humano: \*Comunicación: El dentista no pudo acceder a la historia digital y realizó una Anamnesis incompleta. \*Formación. \*Fatiga/horarios. - Medio ambiente/Equipos: fallo en la aplicación informática historia digital impidió el acceso a los datos de salud y sólo se dispuso de la información aportada por el paciente. - Políticas, normas y protocolos: Protocolo existente para pacientes en tratamiento con bifosfonatos que requieren exodoncias no incluye tratamiento de la osteonecrosis, sino sólo prevención. No existe protocolo de derivación para estos pacientes por la baja incidencia de esta patología, a pesar de su gravedad.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Aunque la causa directa del incidente fue la ausencia de profilaxis antibiótica, serían causas contribuyentes un desconocimiento de la importancia de la toma de bifosfonatos y la incomprensión del riesgo que conllevan las exodoncias dentales, así como una anamnesis incompleta mal dirigida y entendida. Serían causas-raíz la ausencia de un protocolo para el tratamiento de la osteonecrosis por bifosfonatos y un software deficiente. Corrigiendo las causas raíz se podría prevenir el incidente y además este hecho tiene implicaciones genéricas.

**AUTORES:** *M<sup>a</sup> Esther Rodríguez Priego; Jose Luis Orellana Carrasco; Dario Perez Ortiz; Fco. Javier Pascual Codeso.*





**ID:** 12

**TÍTULO:** LANZADERAS, UN SISTEMA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN ENFERMERA A PROCESOS LEVES AUTOLIMITADOS

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** Desde hace años es un problema el incesante incremento de la demanda en las consultas de Atención Primaria (AP). Una atención sanitaria excesivamente paternalista ha provocado una gran dependencia de la población, sobre todo de los médicos y la medicalización de procesos leves y autolimitados; una saturación de las consultas de AP e incluso listas de espera.

**ANÁLISIS:** Un estudio realizado en la Comarca de AP, donde los médicos revisaron más de 5.000 Historias clínicas, concluye que sólo el 71% de los pacientes presentan un motivo médico claro; el 18% precisan trámites administrativos y el 7% presentan síntomas menores. En una encuesta dirigida a enfermeras, estas manifestaban sentirse infrautilizadas y estaban de acuerdo en que deberían encargarse del triaje y la atención de los pacientes con síntomas menores y autolimitados.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Nuestro objetivo fue desarrollar un nuevo modelo organizativo del proceso asistencial, para dar respuesta a las necesidades sanitarias del paciente, favorecer el desarrollo de los profesionales, orientado a obtener los mejores resultados en salud, la satisfacción de pacientes y profesionales y de manera sostenible. Definimos, la atención de procesos leves autolimitados (PLAs), la educación en automedicación responsable y la utilización del botiquín casero racional. Se protocolizó la atención de los PLAs más frecuentes en adultos y niños, de acuerdo a la evidencia existente: Catarro, Gripe, Nauseas y vómitos, Diarreas en el adulto, Tapón de cerumen, Atención Postcoital, Disuria en la mujer, Dolor de garganta, Dolor dental en el adulto y Fiebre en el niño.

Para todos los PLAs, la actuación de enfermería se define como: Motivo de consulta, Anamnesis, Signos de alarma o criterios de derivación al médico/pediatra, Actuación de enfermería y Educación sanitaria y Recomendaciones

Para garantizar la seguridad de la atención y minimizar la variabilidad, diseñamos las LANZADERAS, herramienta tipo check list que consta de varios formularios encadenados, que se inicia en la anamnesis y finaliza en la educación sanitaria y entrega de recomendaciones. La lanzadera se activa cuando se abre el episodio en la historia del paciente con un código CIE consensuado para cada PLA. Sirve para el registro de la atención prestada presencial y telefónica.

**RESULTADOS:** Este nuevo modelo de trabajo está siendo implantado en las siete Unidades de AP de nuestra organización. El pasado año, enfermería atendió presencialmente 3.142 adultos y 1.206 niños; telefónicamente 981 adultos y 2.598 niños. El grado de resolución de estos PLAs por parte de enfermería oscila entre el 55% y el 78% en adultos y entre un 56% y 93% en niños. En todos los PLAs se ha utilizado la lanzadera como sistema de registro y garantía de seguridad



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Esto, ha supuesto una reducción de la variabilidad y la homogeneización de la práctica basada en la evidencia, lo que ha repercutido favorablemente en la confianza que la población tiene en la atención de enfermería.

**AUTORES:** ISABEL DAVILA JUAREZ; AMAIA HERNANDO UZKUDUN; ANTXON OTEGUI RECIO; RICARDO SAN VICENTE BLANCO; IDOIA LARRAÑAGA KORTABARRI; M<sup>a</sup> LUZ JAUREGUI GARCIA.



**ID:** 69

**TITULO:** COLABORACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA LA ELABORACIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN DE SEGURIDAD

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** En la Unidad Funcional (UFGRS) de Atención primaria (AP) se recibieron varias notificaciones de errores de medicación (EM) refiriendo que a las consultas de Atención Primaria llegaban pacientes con problemas en la dispensación del medicamento prescrito en Atención Especializada (AE,) porque las recetas no estaban debidamente cumplimentadas. Estas situaciones pueden conllevar un riesgo para el paciente por retrasos en la instauración del tratamiento, errores en las dosis o forma de administración, o, incluso, dispensación de medicamentos distintos a los pautados.

Por otra parte este problema no era conocido en la mayoría de las veces por el médico prescriptor con lo que el error se perpetuaba.

La Dirección de Continuidad Asistencial se creó para facilitar la comunicación entre los 2 niveles asistenciales, y es sabido que esta comunicación entre profesionales es un pilar en la seguridad del paciente.

**ANALISIS:** Tras realizar el análisis de estos EM en la UFGRS de AP, se llegó a la conclusión que aunque la causalidad de la inadecuada cumplimentación por parte de los prescriptores especialistas es multifactorial, uno de los factores más importantes en los que el profesional sanitario puede intervenir es la falta de formación adecuada en cuanto a los requisitos mínimos que debe presentar una receta.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se decidió a propuesta de un miembro de la UFGR de AP que a su vez es miembro de la Comisión de Calidad del Hospital, (por recomendación de la Dirección de Continuidad Asistencial), la elaboración con la ayuda del Servicio de Farmacia de AP de una recomendación de seguridad que recogiera los requisitos mínimos que deben figurar en la receta, de acuerdo al Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación (BOE núm .17, de 20 de Enero de 2011).

En dicha recomendación se incluyeron mensajes para captar la atención del profesional y recordarle su papel fundamental en la seguridad del paciente

La recomendación una vez elaborada se distribuyó a los especialistas a la vez que acudían a recoger sus talonarios de recetas.

**RESULTADOS:** Se ha podido elaborar una recomendación de seguridad a partir de EM detectados en Atención Primaria pero cuyo origen era AE, a través de la colaboración de la UFGRS de AP, la Dirección de Continuidad Asistencial y la Comisión de Calidad del Hospital.

Además esta recomendación de seguridad se distribuyó a otro Hospital de la misma Dirección Asistencial.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Es fundamental la colaboración y coordinación entre niveles para mejorar la seguridad del paciente, en éste caso ha sido primordial la existencia de un profesional de la UFGRS de AP que también forma parte de la Comisión de Calidad del Hospital de referencia y la coordinación a través del Director de Continuidad Asistencial.

**AUTORES:** *M Ester Zamarrón Fraile; Inmaculada Fernández Esteban; Alberto José Sebastián Palomino; Raquel Siguín Gómez; M José Castillo Lizarraga; Luis Pérez Alvarez.*



**ID:** 68

**TITULO:** "PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL MAYOR POLIMEDICADO"

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Un aspecto relacionado directamente con la seguridad de nuestros pacientes es sin duda el manejo adecuado de la medicación. En el caso de los ancianos pluripatológicos lograr una correcta adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico se complica por la polifarmacia, la confusión acerca de los medicamentos genéricos, la complejidad del régimen de tratamiento, la duplicación y la falta de coordinación entre hospitales, atención primaria y oficinas de farmacias, Se conjugan además problemas cognitivos, actitudes negativas y ciertas características de los fármacos.

En 2012 la Comisión de Calidad del centro identificó de entre una lista de oportunidades de mejora, el servicio de Atención al Mayor Polimedocado como prioritario, por su extensión, gravedad y alto impacto en clientes y profesionales. En los últimos años no hemos logrado alcanzado los objetivos pactados en el Contrato Programa del Centro (CPC) en el servicio "Atención al Mayor Polimedocado para la mejora de la utilización de la utilización de los medicamentos", alcanzando mejoras anuales máximas del 4,47%.

Nuestro objetivo con la realización del proyecto de mejora es lograr el 80% pactado en el CPC.

**ANALISIS:** Realizamos el análisis de causas mediante encuesta a todos los profesionales sanitarios del centro y diagrama de Ishikawa para definir el problema. Se identificó que los profesionales del centro tenían diferentes sistemas de registro y de alarma en las revisiones del mayor polimedocado. Se estableció como objetivo mejorar la identificación y unificar los registros del servicio, hasta alcanzar el 80% pactado en el CPC. Nuestro dato de referencia de Marzo 2012 era 68,33%, lo que suponía conseguir una mejora en 9 meses del 11,77%.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Las acciones de mejora que se priorizaron fueron:

- Revisar y unificar el protocolo por la Comisión de Calidad y el responsable del programa del polimedocado.
- Sesión informativa al equipo.
- Revisar criterios de inclusión en el programa.
- Identificar los ancianos que no cumplen criterio:
- Identificación de cada anciano polimedocado mediante el episodio, favorito, "medicamento, preocupación por toma" (literal POLIMEDICADO)
- Consensuar las funciones a realizar en el equipo médico-enfermera. Derivación a medicina cuando corresponde la revisión del tratamiento

**RESULTADOS:** Hemos logrado una mejora del 11,25%, alcanzando el 79,58% (Pacto 80%)

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** El uso de herramientas para la puesta en marcha de proyectos de calidad, nos ha ayudado a mejorar la atención al mayor polimedocado, y lograr mejoras significativas en los resultados de nuestro CPC.

**AUTORES:** Margarita Camarero Shelly; Cristina Montero García; Encarnación Mendieta Sanz; Sofia Causín Serrano; Montserrat Martínez Martínez; Elena López Garbajosa.



**ID:** 67

**TITULO:** DIFUSIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN DE SEGURIDAD PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** Diariamente desde Atención Primaria (AP) se comunican al sistema de notificación on-line (CISEM-AP) errores de medicación (EM) relacionados con la falta de adherencia terapéutica. Aunque la causalidad es multifactorial, en muchos casos notificados el incumplimiento se produce porque el paciente no ha entendido la información recibida por parte del médico o enfermera en relación al tratamiento.

Durante el 2012 desde AP y en nuestra comunidad se han notificado un total de 2.320 EM, de los cuales un 2,93% se tipificaron como falta de cumplimiento del paciente.

**ANÁLISIS:** Los datos que aporta la bibliografía nos confirman que en general la adherencia al tratamiento es escasa, especialmente en pacientes crónicos. Más del 50% siguen mal las indicaciones farmacológicas. La cifra se eleva al 60-70% cuando tienen que modificar hábitos de vida no saludables.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Tras el análisis de los EM notificados en 2012, se decide elaborar una recomendación de seguridad que incluye sugerencias encaminadas a:

- Identificar a los pacientes no cumplidores
- Averiguar las causas de la falta de adherencia
- Establecer estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico

Esta recomendación de seguridad se difundió en enero de 2013. El aplicativo CISEM-AP genera de forma automática un e-mail dirigido a los responsables de seguridad y directores de todos los Centros de Salud de nuestra comunidad así como a todos los directores asistenciales. El e-mail incluye un enlace directo a la recomendación y un mensaje dirigido a apoyar la difusión e implantación de la recomendación.

**RESULTADOS:** Durante el periodo enero-marzo del 2013 los profesionales sanitarios de AP comunicaron 456 EM, de los que 3,07% se clasificaron como falta de cumplimiento del paciente. En el trimestre anterior, previo a la difusión de esta recomendación, se notificaron 622 EM, de los cuales 3,22% estuvieron relacionados con la adherencia terapéutica. La comunicación de este tipo de errores en números absolutos descendió un 30%, lo que supone 3,3 puntos porcentuales más de reducción que la de comunicaciones globales de EM (26,7%).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Aunque estos datos no permiten extraer conclusiones definitivas, la difusión de este tipo de recomendaciones parece tener un impacto positivo. No obstante y en línea con la bibliografía consultada, la adherencia al tratamiento sigue siendo escasa, especialmente entre los pacientes crónicos. Esto denota la necesidad de reforzar estrategias dirigidas a mejorar la comunicación con el paciente o a implicarlo de forma más activa en las decisiones sobre su tratamiento:



- Personalizar la información adaptando los mensajes y el lenguaje empleado a las necesidades y capacidad receptiva del paciente.
- Proporcionar información y educación sanitaria de forma oral y escrita, aportando instrucciones claras y sencillas.
- Fomentar la corresponsabilidad del paciente ayudándole a tomar decisiones basadas en los beneficios y riesgos.

**AUTORES:** *Carolina Pozuelo González; Almudena Añino Alba; Asunción Cañada Dorado; Sonia López Palacios; Jose Carlos Estevez Muñoz; María Esther Zamarrón Fraile.*



**ID:** 22

**TITULO:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DISCREPANCIAS EN LA CLT DE PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La polifarmacia en los pacientes crónicos mayores de 65 años puede aumentar el riesgo de utilización inadecuada de los medicamentos prescritos y las discrepancias entre los registrados en la historia clínica (HC) y los que el paciente toma en realidad.

**ANALISIS:** Estudio descriptivo transversal en pacientes de 65 o más años no institucionalizados polimedcados (con 6 o más medicamentos en la CLT). Se propone a enfermería revisar la medicación de 10 pacientes, mediante una cita a la que el paciente acude con todos los medicamentos que tiene en casa ("bolsa marrón") y en la que se le pasa el test de Morisky-Green y se compara la medicación aportada con la registrada en la CLT

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Incorporar la valoración de la adherencia al tratamiento y la revisión de la medicación a las actividades regulares de enfermería Priorizando los pacientes crónicos polimedcados mayores de 65 años en los que la confluencia de la polifarmacia, la edad y la cronicidad pueden favorecer la aparición de problemas relacionados con la medicación

**RESULTADOS:** •Se revisa la medicación de 577 pacientes (51,6% mujeres), edad media 77,1 años, promedio de 8,5 medicamentos en CLT

•Tiempo medio para la revisión: 14,5 minutos/paciente

•El 19,6% (n=113) presenta mala adherencia (respuesta no adecuada a alguna pregunta del Test de Morisky-Green)

•El 43,8% (n=253) presenta discrepancias entre lo registrado en la CLT de su HC y lo que el paciente aporta en la "bolsa marrón"

•Tipos de discrepancias detectadas:

1.El 28,4% APORTA ALGÚN MEDICAMENTO NO REGISTRADO en su HC. Para solucionarlo la intervención más frecuente ha sido añadir la medicación no registrada (45,2%), pero en el 33,3% de los casos no se ha realizado ninguna intervención.

2.El 13,7% NO TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGISTRADO en su HC. Tras la detección, se retira la medicación (67,1%) y se realiza educación sanitaria (21,9%)

3.El 12% presenta OTROS PROBLEMAS como dosis o pauta inadecuada, inadecuación terapéutica, falta de indicación, efectos adversos... Tras la detección, se ajusta la dosis (35,4%), se retira la medicación (21,5%) y se realiza educación sanitaria (13,8%)





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** .El Test de Morisky-Green es un método sencillo para valorar la adherencia al tratamiento, aunque poco objetivo ya que la información proviene del propio paciente. Su utilidad aumenta cuando se acompaña de la comprobación visual de la medicación ("bolsa marrón")

.La revisión por enfermería ha permitido detectar un número relevante de discrepancias entre la medicación registrada en la CLT y la que el paciente aporta en la "bolsa marrón"

.Tras la detección de las discrepancias, en la mayoría de los casos se han llevado a cabo intervenciones para solventarlas

.El tiempo medio de dedicación a la revisión de la medicación/paciente (14,5 minutos) se considera aceptable para el beneficio obtenido

**AUTORES:** *LORENA ORTIZ DE VILLACIAN FERNANDEZ; PEDRO JAVIER ORTUETA CHAMORRO; ANA ISABEL GIMENEZ ROBREDO; ALEXANDER ZUBIAUR BARRENGOA; CARMEN IRIGARAY LOREA; ANTONIO E. ELORRIAGA AXPE.*



**ID: 38**

**TITULO:** MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE EL REGISTRO EN PLANES DE CUIDADOS

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** En Julio de 2012 se objetivó un descenso en las tasas de registro de resultados de Planes de Cuidados: de 15,96% a principios de año a 13,7% en Marzo de 2012

Ante la importancia de un registro correcto y sistemático de la evolución del paciente, se decide elaborar e implementar un plan de mejora con el objetivo general de garantizar la excelencia en la prestación de cuidados.

Objetivos secundarios:

- Mejorar las tasas de registro de Resultados en los Planes de Cuidados
- Facilitar un acercamiento a la aplicación informática AP-Madrid

**ANALISIS:** Se utilizó la aplicación ESOAP para la obtención de datos iniciales y seguimiento de resultados; y AP-MADRID para las sesiones docentes.

En las sesiones se verbalizó, por parte de las enfermeras del centro de salud, dificultad ante nuevas formas de registro en el programa informático

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Nuestras propuestas para mejorar resultados se centraron en las siguientes líneas de actuación:

- Se elaboraron e impartieron sesiones sobre Planes de Cuidados y el registro de resultados en la aplicación informática.
- Se editó material en formato papel con los puntos clave de un plan de cuidados así como un diagrama explicativo del proceso de registro. El material se repartió y explicó durante las sesiones docentes y prácticas.
- Se impartieron sesiones docentes de forma individual y privada a aquellas enfermeras que lo solicitaron.

**RESULTADOS:** - Las tasas de registro de Resultados en Planes de Cuidados mejoraron a un 15,14% en Septiembre de 2012 y finalmente al 18,92% en Diciembre de 2012.

- Las enfermeras verbalizaron que la sesión práctica y la documentación en formato papel les hacían ver el programa informático de forma más accesible. El parámetro de mejores registros muestra de forma indirecta que la familiarización con la aplicación informática había aumentado.

Como consecuencia de lo anterior aumentó la seguridad de la población atendida en nuestras consultas garantizando la calidad de los cuidados mediante el correcto registro de la evolución de los mismos.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Con una herramienta facilitadora del lenguaje del proceso enfermero se consiguen mayores garantías de calidad en al atención.

Las sesiones formativas acerca de la aplicación y el diagrama de registro en formato papel, de apoyo, mejoran el registro de Planes de Cuidados por parte de Enfermería y la familiaridad con la aplicación informática.

La disponibilidad de una figura de referencia a la que preguntar en privado y con demostración de la aplicación informática adaptada al ritmo individual de cada enfermera es valorado positivamente por aquellas profesionales que solicitaron esas sesiones.

Explicaciones concretas y prácticas mejoraron los resultados de un 13.7% a un 18.92%.

**AUTORES:** *Alicia Negrón Fraga; Francisca Martín Llorente.*



**ID: 77**

**TITULO:** Experiencia de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios de AP: Creación, Puesta en Marcha y Desarrollo

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Tras el cambio estructural en Atención Primaria (AP) las 11 Unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios (UFGRS) pasaron a ser 7, con el fin de poner en marcha un despliegue estratégico de seguridad paciente (SP) común en la AP de la comunidad: puesto que funcionaban de manera muy dispar y el nivel de desarrollo interno también resultaba muy distinto.

**ANALISIS:** Se realizó un análisis de la situación a nivel central con el objetivo de conocer las estrategias y el estado de las antiguas 11 UFGRS y tras finalizar estas actuaciones se crearon las 7 UFGRS, se definieron y concretaron las líneas estratégicas y las líneas de actuación a abordar en cada una.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** -Impulsar la UFGRS: Reuniones de coordinación, uso de Reglamento de régimen interno, promover utilización herramientas de análisis, difundir documentación y eventos de SP, participar en foros, autoevaluación y mejora.

-Promover la formación SP: Sesiones de autoformación y de formación entre los responsables de SP y entre los profesionales de los CS, difusión de documentación y foros.

-Implantar e impulsar sistemas de notificación online de IS/EM:

-Prevenir la infección asociada a los cuidados: Impulsar la estrategia de Higiene de manos y evaluación de plan de esterilización.

-Impulsar medidas que mejoren SP: Impulsar la difusión e implantación de los protocolos de prevención de UPP y de caídas.

**RESULTADOS:** Tras su creación y puesta en marcha, la UFGRS sigue compuesta por un equipo multidisciplinar y con representación de los distintos niveles. Destacar los siguientes resultados:

-23 reuniones de coordinación y seguimiento de objetivos.

-Autoformación: AUDIT/AMFE/T.Londres/Espina de Pescado.

-Asistencia y participación en foros de Expertos.

-Sesiones de SP: 4 a los Responsables de SP de los 48CS/ 2 a U. Apoyo y 1 a ESAD.

-Sesión de difusión de herramienta de notificación a 687 profesionales de los 48CS.

-1703 IS notificados distribuidas distribuido entre 48 CS.

-Tasa de incidencia(TI) por 1000 profesionales: 146.37

-TI por profesional sanitario (185.33)menor a la TI por no sanitario (696.24)

-Clasificación, valoración y análisis de todos los incidentes notificados y de los errores de medicación.

-La herramienta de análisis más utilizada Espina de Pescado.

-Medidas correctoras de todos los incidentes notificados y de los errores de medicación.

-Tenemos elaborado y registrado un informe por cada profesional que notifica IS/EM a través de la aplicación de notificación.

-Elaboración de 2 Recomendaciones de Seguridad Locales y 1 Práctica de Seguridad Generalizable(grupo de trabajo).



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** •Se ha conseguido crear y poner en marcha la UFGRS. Se empiezan a identificar rasgos de consolidación de la UFGRS como referente de seguridad del pacientes entre los profesionales de los centros de salud.  
•Esperamos seguir trabajando para fomentando una mayor cultura de SP entre los profesionales de los centros de salud y aumentar la eficiencia de la UFGRS.

**AUTORES:** *YOLANDA DEL REY GRANADO; PILAR RAPP FERNANDEZ; VICTORIA GAMO GONZALEZ; MARIA JOSE CASTILLO LIZARRAGA; NURY ALEJO BRU; SONIA LOPEZ PALACIOS.*



**ID: 16**

**TITULO:** Protocolo de prevención de la alveolitis seca postexodoncia en la consulta del dentista de Atención Primaria

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La alveolitis seca constituye una de las complicaciones más frecuentes en la consulta del dentista de Atención Primaria. Se trata de un proceso infeccioso de etiología multifactorial, cuyo riesgo puede prevenirse en parte mediante una serie de medidas de higiene en la consulta, y cuidados tras la intervención. Es un proceso que además ocasiona perjuicio al paciente en forma de dolor agudo con una duración aproximada de 15 días, que requiere posteriores visitas a la consulta del dentista o del médico de atención primaria. Además puede causar absentismo laboral y tratamiento farmacológico.

**ANALISIS:** Se intervendrá en el proceso asistencial de atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias, en particular en las exodoncias, buscando la introducción de medidas preventivas de eficacia probada que puedan influir en la disminución de la incidencia de alveolitis seca postexodoncia. En dicho proceso infeccioso influyen factores dependientes del paciente, como son el estado de salud, los hábitos de higiene, hábitos tóxicos, etc.; factores estructurales relacionados con la correcta higiene de manos, esterilización del material, etc.; factores relacionados con el profesional y con la cultura de seguridad y la comunicación con el paciente, etc. Se realizará una revisión de la bibliografía existente a este respecto. Además se realizará un análisis de la situación de partida en el entorno señalado, e implantación de medidas para disminuir el riesgo de infección.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** La finalidad del presente trabajo es, por tanto, disminuir la incidencia de alveolitis seca postextracción en los pacientes que entren en el proceso mediante la adopción de medidas preventivas. Se busca además mejorar la asistencia al paciente, disminuir el número de visitas relacionadas con estos procesos y disminuir el coste tanto en personal para atender a estos pacientes como el gasto farmacéutico atribuible a un proceso en parte prevenible.

**RESULTADOS:** Se implanta un protocolo para la prevención de la alveolitis seca postextracción en la consulta del dentista de atención primaria, que se aplica a todos los pacientes que se someten a extracciones dentarias, realizando un análisis posterior de su eficacia.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Los métodos de prevención son la clave para evitar esta complicación, se recomienda además la instauración de tratamiento antibiótico en pacientes inmunocomprometidos. Aunque se conoce que aunque la mejor opción disponible es la aplicación de gel de clorhexidina al 0'2% cada 12 horas 7 días después de la extracción dentaria, se conoce que es la opción más cara y no está cubierta por el sistema nacional de salud español, por tanto, siguiendo revisiones sistemáticas al respecto, optamos por recomendar colutorio de clorhexidina al 0'12% con el mismo régimen terapéutico, así como mantener una higiene oral cuidadosa y evitar el consumo de tabaco para prevenir este evento adverso.

**AUTORES:** *M<sup>a</sup> Esther Rodriguez Priego; Dario Perez Ortiz; Fco. Javier Pascual Codeso; Jose Luis Orellana Carrasco.*



**ID: 47**

**TÍTULO:** Las caídas comunitarias: objetivo de seguridad clínica en Atención Primaria

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** A partir del 2010 se decidió implementar la valoración de riesgo de caídas (RC) en nuestras Áreas Básicas de Salud (ABS) y, sobretodo, en población mayor de 75 años y en pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM).

El objetivo es reducir el riesgo de lesión ante una caída comunitaria en las personas adscritas en nuestras ABS. Por ello, es necesario conocer el grado de implementación de la valoración del RC.

Algunos centros tienen la acreditación Joint Commission y todas participan en la acreditación según modelo EFQM del Departament de Salut de Catalunya. En sus estándares, se contempla la prevención e identificación de lesiones por caídas.

**ANÁLISIS:** Para valorar el RC utilizamos la escala Downton en población adulta. La población diana de este estudio son pacientes adscritos a las ABS mayores de 75 años y pacientes en programa ATDOM.

Estudio descriptivo retrospectivo de las tasas de evaluación de RC en el 2010, 2011 y 2012. A partir del análisis de los datos, planteamos diferentes propuestas de mejora para establecer un programa unificado para la reducción de lesiones por caídas, basados en una monitorización y procedimientos apropiados.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Homogeneizar el uso del registro del RC en los centros, protocolizando el uso de la escala Downton en la población diana, monitorización periódica de los datos y feed-back a los profesionales.

Creación de un protocolo de caídas que permita monitorizar las caídas comunitarias.

Creación de un tríptico informativo de medidas para prevenir caídas, unificado en los centros para entregar a pacientes afectados y cuidadores.

**RESULTADOS:** Pacientes mayores de 75 años, tasa de implementación. En 2010: 32,4% ABS 1, 48,1% ABS 2, 6,8% ABS 3, 22,2% ABS 4 y 21,9% ABS 5. En 2011: 32,4% ABS 1, 54,9% ABS 2, 6,8% ABS 3, 20,9% ABS 4 y 19,8% en ABS 5. En 2012: ABS 1 16,5%, ABS 2 69,4%, ABS 3 7,6%, ABS 4 18,6% y ABS 5 16,9%.

Pacientes en ATDOM, tasa de implementación: En 2010: ABS 1 32,8%, ABS 2 23,2%, ABS 3 17,8%, ABS 4 49,3% y ABS 5 52,4%. En 2011: ABS 1 25,3%, ABS 2 23,2%, ABS 3 18,3%, ABS 4 49% y ABS 5 42,2%. En 2012: ABS 1 75,1%, ABS 2 7,9%, ABS 3 18,6%, ABS 4 75,3% y ABS 5 57,4%



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La tasa de implementación de la escala Downton en los pacientes mayores de 75 años ha disminuido en la ABS 1, la ABS 4 y la ABS 5 y aumentado en la ABS 2 y ABS 3 en los años 2010, 2011 y 2012. En pacientes en ATDOM, ha tenido una mayor implementación en la mayoría de centros. Observamos gran variabilidad en el programa de gestión clínica (OMI-AP) en las diferentes ABS y también en la documentación de soporte en la educación sanitaria, a entregar en los pacientes con riesgo de caídas.

Por ello, con el consenso de la Comisión de Seguridad Clínica de Atención Primaria y las direcciones de los centros, seguimos implementando en 2013: Mejora del formulario de valoración del RC y del de registro de caídas, diseño de tríptico educativo unificado y sesiones formativas en los centros.

**AUTORES:** *Maria José Bueno Domínguez; Jaume Magre Aguilar; Catalina Rodríguez Díez; Dolores Prieto Perdigon; Olga Doblado López; Lluís Colomé Figuera.*





**ID: 9**

**TITULO:** La identificación inadecuada del paciente: una causa frecuente de incidentes de seguridad del paciente

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La mayor parte de los incidentes notificados a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP) de nuestra organización se relacionan con fallos en la identificación adecuada del paciente, que se producen en cualquier punto a lo largo del proceso asistencial: citación, asistencia en consulta, solicitud de pruebas complementarias, entrega de documentación, etc.

Desde el grupo de Seguridad del Paciente (GSP) se han emprendido acciones encaminadas a poner barreras en el sistema para minimizar estos fallos.

**ANALISIS:** Desde Octubre-2008 hasta Enero-2013, se han notificado en el SNASP 96 incidentes de seguridad del paciente, 40 de ellos relacionados con la identificación del paciente:

- Se entrega al paciente algún documento o cita de otro (19 casos)
- Hay datos de otros pacientes en la historia clínica informatizada (11 casos).
- Se atiende al paciente utilizando una historia clínica que no es la suya (6 casos)
- El paciente aporta un documento de atención especializada en el que está inadecuadamente identificado (2 casos)
- El paciente tiene dos historias clínicas en atención primaria (1 caso)
- Una Notificación de varios casos de historias clínicas electrónicas en las que el sexo que consta no es el correcto.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Tras el análisis de los incidentes, el GSP ha llevado a cabo distintas acciones y propuestas de mejora dirigidas a profesionales y pacientes, para que tomen conciencia de la posibilidad del error y sus consecuencias, así como de la importancia de notificarlo para poder evitar que el fallo se repita.

- Talleres de formación y campañas de sensibilización a los profesionales sobre importancia de la identificación inequívoca del paciente.
- Difusión de mensajes para los pacientes en los Centros, mediante carteles y pantallas de vídeo, sobre la necesidad de identificarse correctamente y comprobar que los documentos que les entregan les corresponden.
- Comunicación a los servicios de atención especializada de los errores producidos en su ámbito.
- Propuestas a la Dirección sobre cambios en los procedimientos de modificación de la ficha administrativa del paciente, así como en los formatos de la Tarjeta Individual Sanitaria. Solicitud de una depuración general de las bases de datos y la apertura de un canal de comunicación de contingencias ágil, resolutivo y bidireccional.



**RESULTADOS:** Tras la propuesta del GSP, en nuestra organización se ha establecido un sistema centralizado para controlar, depurar y fusionar las historias clínicas duplicadas.

Se ha modificado el procedimiento para introducir cambios en la ficha administrativa del paciente, haciendo más difícil la duplicación de Historias Clínicas. No obstante, son precisas barreras de otro tipo (físicas-informáticas, administrativas,...) que superan el ámbito de actuación del GSP, y cuya aplicación depende los estamentos Directivos de la Organización.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** *Josu Zunzunegui Marcaida; Julia Fernández Uría; Irene Sainz de Rozas Aparicio; Rubén García Pérez; Yolanda De La Prieta Velasco; Kristina Lekube Angulo.*



**ID: 58**

**TÍTULO:** Auditoría 5'S: una herramienta para la seguridad en atención primaria

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** El desarrollo de nuestra tarea diaria nos atrapa y no nos deja ver más allá del propio paciente y de su historia clínica, cuando lo que nos amenaza está tan cerca como en nuestra propia consulta, afectando a la seguridad de la asistencia.

**ANÁLISIS:** Al realizar una auditoría previa a la acreditación observamos que la organización de la consultas presentaba un amplio margen de mejora: exceso de documentación, material de curas (exceso o defecto) y medicamentos fuera de control (muestras donadas por la industria o fármacos devueltos por los pacientes: envases empezados, sin poder garantizar la idoneidad de su conservación ni control de caducidad); falta de control que hace que tengamos que dejar de asistir al paciente para ir en busca de aquello que nos falta durante la actividad y crea dificultad para la limpieza de las superficies y el desarrollo del proceso.

En nuestra organización trabajamos con la metodología de gestión Lean Healthcare y decidimos aplicar una de sus herramientas: las 5'S. Es una herramienta para mejorar y mantener la organización del lugar de trabajo de forma segura para paciente y profesional. Consta de 5 etapas: eliminar lo innecesario, ordenar lo necesario, facilitar la limpieza, estandarizar i mantener la sistemática.

Existe un Check List 5'S para realizar una auditoría mensual con ítems que atañen a la seguridad para el paciente y la organización del lugar de trabajo.

La auditoría mensual con el Check List 5'S detectó unas deficiencias que promovieron mejorar la seguridad en las consultas médicas y de enfermería.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Realizamos un proyecto de mejora 5'S en todas las consultas asistenciales de los centros mediante la estandarización del lugar de trabajo, definiendo la cantidad de material y mejoras en el control de las caducidades (a menos cantidad menor posibilidad que caduque), estandarizando la ubicación del material con marcaciones y unificando los estándares en todas las consultas médicas y de enfermería (a menos diferencias menos margen de error). Usando estándares visuales facilitamos la seguridad, el orden y la limpieza de las consultas.

**RESULTADOS:** La estandarización de las consultas ha permitido, con menos material pero mejor definido, reforzar el control sobre el proceso en un ambiente de seguridad al evitar situaciones que lo interrumpen y acentúan los errores, menor riesgo en las caducidades y aumentar la seguridad del acto asistencial y el ahorro general para el centro. El resultado en 10 meses de aplicación de las auditorías y tras el proyecto 5'S ha pasado del 30% al 80%, al realizar 77 pequeñas acciones de mejora.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Las auditorías permiten identificar potenciales de mejora en nuestro entorno de trabajo que aumentan la seguridad de la asistencia y reducen riesgos para el paciente, siendo una herramienta útil, fácil de aplicar y con un alto rendimiento.

La estandarización no es un sistema rígido sino que debe ser modificado y evolucionar en el tiempo para adaptarse a las necesidades que surgen de la actividad diaria.

**AUTORES:** *David Ortiz Borrás; Lena Ferrus Estopá; David Pumar Delgado; CARMEN Mompó Avilés.*



**ID: 18**

**TÍTULO:** CICLO DE CALIDAD. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** El consentimiento informado busca aplicar el principio ético de la autonomía del paciente. Basada en la capacidad de tomar decisiones sobre su salud de acuerdo con sus preferencias y siempre habiendo facilitado una información previa, clara y adaptada a su capacidad de comprensión, sobre las ventajas e inconvenientes de un procedimiento. Desde 2002 se usan documentos informativos sobre inserción de DIUs e implantes de etonogestrel. En 2004 se inicia el uso de consentimientos genéricos parcialmente adaptados a la ley 41/2002 de autonomía del paciente junto con documentos informativos de elaboración propia. Desconocemos que procedimientos requerirían consentimiento informado y escrito. No existe ningún documento estandarizado. No se registran los consentimientos en la historia clínica digital.

**ANÁLISIS:** Existen 16 formularios específicos de consentimiento. Analizándolos se aprecia que el número es excesivo, con gran variabilidad y nulo consenso. A su vez los formularios son inadecuados, no garantizan el derecho ciudadano a la información y tampoco protegen suficientemente la actividad de los profesionales. No hay consenso sobre que procedimientos requieren CI escrito en AP, grandes divergencias entre médicos y enfermería.

Se propone un consenso entre sociedades científicas en el uso de consentimientos informados en AP y se notifica a la dirección General de Atención Ciudadana solicitando su opinión sobre el tema. Se pone en marcha un grupo de trabajo sobre CI en AP.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** El resultado de este grupo de trabajo es la publicación de la orden 8 de julio de 2009 sobre consentimiento informado que incluye un catálogo de formularios de consentimiento informado, también la publicación electrónica de los mismos. En el último trimestre de 2009 se implantaron en la UGC los formularios de CI escrito publicados por el SAS, con inclusión de imágenes explicativas del procedimiento a realizar. Con archivo de copia de los consentimientos firmados y registro en la historia clínica digital. Se realiza evaluación y monitorización continua.

**RESULTADOS:** el 100% de las intervenciones de cirugía menor realizadas en el primer trimestre de 2010 en nuestra UGC tienen un consentimiento informado archivado. El 100% de los consentimientos corresponden a los recomendados por el formulario SAS. El 98,7% de los documentos tienen correctamente registrados los datos del consentimiento.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Auditoría externa:Consejería 2009,2010 y acsa 2010.En 2009 la auditoria de la consejería recomienda utilizar documentos de consentimiento menor adaptados a las recomendaciones de la ley de autonomía del paciente.2010 la recomendación se ha conseguido, incluyendo el documento de revocación. solo el 16% de los consentimiento incluyen la posibilidad de rechazar el derecho a la información. ACSA, el 100% de los consentimiento están correctamente registrados en la historia digital.

**AUTORES:** *DOLORES SANCHEZ MARISCAL; MIGUEL MELGUIZO JIMENEZ.*



**ID: 72**

**TÍTULO:** ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN EL PROCESO DE ALTA HOSPITALARIA

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** En las Organizaciones Sanitarias la seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de la calidad y se reconoce como un derecho de los pacientes el recibir una atención eficaz y segura. La presencia de eventos adversos es inherente a la atención sanitaria, y en nuestras organizaciones con procesos asistenciales de alta complejidad, se incrementa la dificultad para la identificación de los riesgos y, sobre todo, de las actuaciones para minimizarlos. Un proceso complejo y que se acompaña con frecuencia de incidentes de seguridad del paciente es el proceso de alta desde el hospital a atención primaria.

**ANÁLISIS:** Los profesionales sanitarios necesitan instrumentos fáciles de emplear, que sirvan para, de una manera visual y atrayente, reconocer aquellos aspectos a tener en cuenta para minimizar el riesgo.

Hay ya larga experiencia en otros ámbitos de la utilidad del empleo de mapas de procesos y en el caso de la Seguridad del Paciente la incorporación de los mapas de riesgo están demostrando ser un instrumento válido de ayuda.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Diseñar el mapa de riesgo del "proceso de alta del hospital". Para ello se configuró un Grupo de Mejora, constituido por facultativos, enfermeras y trabajadores sociales de hospital y atención primaria que llevó a cabo las siguientes acciones: 1. revisión bibliográfica, 2. diseño del mapa del proceso, 3. identificación de los efectos adversos, 4. diseño del mapa de riesgos con la incorporación de efectos adversos y actuaciones transversales para la Seguridad del paciente al mapa del proceso.

**RESULTADOS:** Se dispone de un mapa de riesgo del proceso de alta del hospital en el que aparecen tanto los posibles efectos adversos ligados a la atención sanitaria, como las actuaciones transversales que minimizan el riesgo y que son recomendaciones de instituciones sanitarias como la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de Andalucía (Estrategia de Seguridad del Paciente) o la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal).

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La identificación de los riesgos es una prioridad a la hora de abordar una estrategia de Seguridad del Paciente y el mapa de riesgo es una herramienta sencilla que ayuda a poner una especial atención en aquellas etapas que son puntos críticos de riesgo.

**AUTORES:** *BEATRIZ MÉNDEZ SERRANO; ABRIL TEJEDOR BENÍTEZ; ESTHER SÁNCHEZ GARCÍA; ELISA MARTÍNEZ REPISO; MARÍA DOLORES BENÍTEZ ORDÓÑEZ; MARÍA JOSÉ BERENGUER GARCÍA.*



**ID: 51**

**TITULO:** Prescripción de medicamento contraindicado

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** "Varón de 87 años con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) e insuficiencia cardiaca (IC) bien controlada, con lumboartrosis dolorosa en tratamiento con fentanilo. El fin de semana llama al 112 por una reagudización de su artrosis. El servicio de urgencias acude a su domicilio y le pauta etoricoxib. El paciente acude a consulta del médico de atención primaria, que le recomienda no tomar el coxib. A los 7 días sufre un ingreso por fallo cardiaco izquierdo. En el informe de urgencias no aparecen los antecedentes cardiacos, por lo que se desconoce si el médico de urgencias conocía la patología del paciente. El paciente conoce su patología y sabe explicarse bien."

Los inhibidores selectivos de la COX-2 ("coxibs") aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares, por lo que están contraindicados en pacientes con CI y/o IC grados II-IV de la NYHA. Este error de medicación fue notificado desde AP y fue candidato de un análisis prioritario por la gravedad de sus consecuencias.

**ANALISIS:** Se trata de un error de medicación con daño en el paciente, pues parece existir una relación temporal causa-efecto altamente probable entre la prescripción del coxib y la descompensación.

Se realiza un análisis de espina de pescado, en el que se identifican como posibles causas raíces abordables:

- Necesidad de formación y actualización de profesionales.
- Problemas de comunicación e información médico-paciente.
- Poca formación a pacientes crónicos en autocuidados.
- Poca implicación de los pacientes en su seguridad.
- Necesidad de sistemas de información normalizados entre profesionales en las transiciones asistenciales.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** - Sesiones en centros de salud y actualizaciones breves sobre seguridad en el uso de los medicamentos.

- Retroalimentación permanente a todos los profesionales de errores de medicación identificados y actualización relativa a cada error en forma de ficha corta.
- Difusión de recomendaciones para mejorar la comunicación médico-paciente en la prescripción de fármacos.
- Recomendación de que todos los pacientes crónicos dispongan de un informe de salud actualizado con información básica en su transición por los diferentes niveles asistenciales.
- Elaboración de documentos de información/registro/autocuidado en las principales patologías crónicas para implicar al paciente en su seguridad y el manejo de su enfermedad.

**RESULTADOS:** Elaboración por la UFGR de dos recomendaciones de seguridad, una relativa a la mejora de la comunicación médico-paciente en la prescripción de fármacos y otra sobre la seguridad cardiovascular de los coxibs con recomendaciones de uso seguro de estos fármacos. Realización de informe con análisis y medidas, retroalimentación a los profesionales a través de aplicación de comunicación de incidentes y EM.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La prescripción de medicamentos contraindicados puede poner en peligro la salud del paciente. Es prioritario formar a los profesionales, mejorar la comunicación con el paciente e implicar al mismo en su propia seguridad.

**AUTORES:** *Henar Martínez Sanz; Mercedes Martínez Piédrola; Mercedes Drake Canela; M<sup>a</sup> Jesús García Amado; Fernando Jiménez Telo; Jesús Alonso Fernández.*



**ID: 63**

**TITULO:** UN BUEN PLAN PARA HOY ES MEJOR QUE UNO PERFECTO PARA MAÑANA

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La notificación de una situación que supone un riesgo potencial para la seguridad del paciente no se ha traducido en la instauración de medidas efectivas para evitar su repetición y, a posteriori, dicha situación se ha repetido con consecuencias negativas para el paciente.

**ANALISIS:** Se trata de un claro ejemplo de como, por esperar a una solución "perfecta" (mejoras de tipo informático que están siendo desarrolladas dentro de la Organización y que se harán efectivas, por tanto, en un futuro), no se han instaurado otras medidas de mejora más sencillas (menos perfectas pero que están dentro de nuestro ámbito de influencia), continuando expuestos a la misma situación y con el consiguiente riesgo de que los mismos fallos se repitan (con consecuencias diferentes cada vez).

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Tras recibir la notificación en la que se expone una situación que puede comprometer seriamente la seguridad del paciente PORQUE EL REGISTO DE ANTECEDENTE DE ALERGIA MEDICAMENTOSA NO GENERA UNA ADVERTENCIA AL ENTRAR POSTERIORMENTE EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE (análisis proactivo), desde la Comisión de Calidad y Seguridad Clínica se solicita a la Organización Central la implantación de ciertas mejoras de carácter técnico para ayudar a los profesionales a identificar antecedentes de alergia a medicamentos en la historia clínica informática (ESTO SI ESTA VIGENTE ACTUALMENTE EN EL CASO DE ANTECEDENTE DE RAM).

**RESULTADOS:** Hasta el momento actual la única medida de mejora que se han podido realizar es recomendar a los profesionales crear activamente dicha alarma, para asegurar que en la Historia Clínica del paciente quede constancia de la reacción alérgica a un medicamento o producto sanitario, del siguiente modo/indicando los pasos a seguir:

- Crear el episodio de alergia al medicamento o producto sanitario específico
- Catalogarlo como moderado o grave
- Pasarlo de forma activa al módulo de condicionantes y problemas y/o al módulo de anamnesis
- Finalmente, añadir un aviso de paciente (para que la siguiente vez que se abra la historia del paciente aparezca esta alerta), sin caducidad

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** A raíz del analisis de la situacion anteriormente descrita, en la que la notificación de un riesgo no se aprovechó para la mejora, concluimos que se trata de un caso que nos enseña como un buen plan para hoy es mejor que uno perfecto para mañana.

**AUTORES:** ROSA MARIA AÑEL RODRIGUEZ; JASONE BASTERRETXEA OIARZABAL; CRISTINA DOMINGO RICO; MARI JOSE IBARS CERVERA; MARIA ILUMINADA CAMBERO SERRANO; YOLANDA SALAVERRI MARTINEZ.



**ID:** 36

**TÍTULO:** ¿PODEMOS MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS!

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** El aumento del consumo de fármacos para la Osteoporosis en los últimos años, sin que haya disminuido el número de fracturas osteoporóticas, así como la presencia de fracturas patológicas e importantes efectos secundarios, la aparición de alertas farmacológicas del Ministerio de Sanidad y el aumento del gasto en estos medicamentos, hace necesario mejorar la formación de los médicos en esta patología y cómo abordarla en el contexto de la persona y su entorno.

**OBJETIVO:** MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS QUE SE USAN PARA LA OSTEOPOROSIS.

**ANÁLISIS:** Se realiza un estudio de intervención antes - después.

A partir de los datos de pacientes en tratamiento con medicamentos para la osteoporosis de julio de 2012 a marzo de 2013 (9 meses) facilitados por el Servicio de Farmacia de Atención Primaria y la revisión de las historias clínicas.

Se analiza la variación del número total de pacientes y por grupos de los distintos fármacos utilizados a los 6, 7 y 9 meses.

Se han realizado sesiones clínicas monográficas: Osteoporosis, enfermedad o factor de riesgo. Densidad mineral ósea, FRAX, Tratamientos, Calidad de los estudios, otras medidas no farmacológicas, cómo evitar las caídas.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Formación en conocimientos y habilidades de manejo de situaciones en la consulta para optimizar los tratamientos farmacológicos y evitar la prescripción inducida.

LINEA de MEJORA:

-Adecuación del uso de Bifosfonatos.

-Listado de personas en tratamiento con Bifosfonatos y revisión por su médico de la duración de éste.

-Programa informático que avise cuando un paciente cumple algún criterio de las alertas del Ministerio.

-Información a la población sobre cuidados y estilos de vida saludables, evitar la medicalización de etapas de la vida (menopausia, vejez, ...).

**RESULTADOS:** Nº total de pacientes en tratamiento a los 6 m 429; a los 9 m 176 (-59%).

Nº pac Bifosfonatos a los 6 m 342; a los 9 m 141 (-59%).

Nº pac MSRE a los 6 m 41; a los 9 m 24 (-41,5%)

Nº pac Calcitonina a los 6 m 16; a los 9 m 2 (-87,5%)

Nº pac Ranelato a los 6 m 14; a los 9 m 4 (-71,4%)

Nº pac PTH a los 6 m 10; a los 9 m 2 (-87,5%)

Nº pac Denosumab a los 6 m 6; a los 9 m 1 (-83%)



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Motivación y formación son dos buenos ingredientes para mejorar la prescripción de medicamentos para la osteoporosis. La inercia terapéutica es posible disminuirla con formación. La dificultad en manejar patologías con gran repercusión mediática hacen complicado a veces que las pacientes acepten criterios de tratamientos distintos al del médico especialista. La mayor disminución de las prescripciones de Ranelato y Calcitonina coinciden con publicación de dos alertas.

**AUTORES:** *MARÍA JOSÉ LAHOZ MUSTIENES; PEDRO JOSÉ MARÍN VELÁZQUEZ; SELMA VALVERDE ARANDA; ANA CRISTINA MAZA INVERNÓN; MARÍA LUISA SAMITIER LERENDEGUI.*



**ID:** 80

**TÍTULO:** LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: PUNTO CLAVE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** La mejora continua de la calidad asistencial y la unificación de las líneas de actuación regulando criterios y protocolos que optimicen las prestaciones sanitarias, forman parte de los objetivos preferentes de los sistemas de salud. En este marco, es esencial promover una adecuada coordinación entre los distintos profesionales sanitarios que garantice que la continuidad de los cuidados en Atención Primaria cumpla con los criterios de calidad establecidos.

En el momento actual, en el Servicio Madrileño de Salud no está definido un único proceso para la continuidad de cuidados en festivos y fines de semana.

En la Dirección Asistencial Norte esta actividad es llevada a cabo por equipos de profesionales, Enfermeras de Continuidad de Cuidados (ECC), las cuales realizan la actividad pero no tienen ningún contacto con los profesionales del centro de salud que habitualmente atienden a estos mismos pacientes. Esta falta de comunicación origina problemas que afectan a la seguridad de los pacientes.

**ANÁLISIS:** Actualmente, la comunicación de los avisos se realiza por medio de una hoja de derivación única por cada centro de salud. En ella se recogen los datos del paciente así como la actuación a llevar a cabo, la pauta y la periodicidad. Esta hoja es remitida a las ECC mediante un fax.

Además, en el documento que describe este procedimiento se indica dejar la pauta detallada por escrito en el domicilio del paciente.

Los problemas detectados con este tipo de comunicación han sido:

- Su carácter unidireccional
- Utilización del paciente como medio de comunicación, lo que origina sesgos
- En ocasiones las hojas no llegan a las ECC
- No existen pautas en el domicilio

Todos estos problemas repercuten en la continuidad de cuidados pudiendo afectar a la seguridad del paciente.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Consideramos que el principal problema detectado es la falta de comunicación bidireccional, por lo que planteamos el establecimiento de las siguientes medidas para intentar corregirlo:

- Revisión del circuito actual de comunicación explicando el objetivo de cada actuación.
- Inclusión en el circuito de un informe de continuidad de cuidados que permita la comunicación bidireccional.
- Establecimiento de un circuito de comunicación telefónica.

**RESULTADOS:** En el momento actual se ha llevado a cabo una reunión con todas las responsables de cuidados exponiendo los objetivos de cada punto del proceso.

Todos los profesionales disponen de un informe de salud que se deja en el domicilio del usuario y que es el documento para el registro de la continuidad de cuidados.

Se ha iniciado el uso del teléfono como vía de contacto entre los profesionales que realizan los cuidados al paciente.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La comunicación se convierte en una herramienta clave para garantizar una continuidad de cuidados de calidad disminuyendo así el número de incidentes que puedan afectar a la seguridad del paciente. Pequeñas intervenciones pueden mejorar los resultados en esta línea de trabajo con nuestros usuarios.

**AUTORES:** *María Cristina Cedrún Lastra; Laura Carretero Julian; Esther Lafuente Ocón; Teresa Rincón del Toro; Esther Lázaro Martín; Rosa Arnal Selfa.*



**ID:** 5

**TÍTULO:** DRONERADONA: ¿INFLUYEN LAS NOTAS DE SEGURIDAD EN SU CONSUMO?

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La AEMPS en los últimos años ha comunicado a los profesionales sanitarios información asociada al medicamento Multaq® (Dronedarona), un antiarrítmico autorizado en Europa en noviembre de 2009. En base a las revaluaciones, datos de farmacovigilancia y uso se mantiene beneficio-riesgo favorable en una población limitada de pacientes y se limita su uso introduciéndose restricciones de uso, contraindicaciones y recomendaciones de monitorización de las funciones cardiovascular, hepática, pulmonar y renal, al inicio y durante el tratamiento. Para su dispensación se estableció el 1 de abril de 2012 la condición de visado previo de inspección. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la prescripción de las diversas notas informativas sobre seguridad así como su restricción de dispensación.

**ANALISIS:** Análisis de la influencia de las notas de seguridad en la prescripción, realizado mediante los datos de consumo a través de receta médica oficial (facturación de recetas procedentes de las oficinas de farmacia), medido en número de envases de Dronedarona desde que se comercializó hasta la fecha en una comunidad autónoma.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Los resultados obtenidos indican que el principio activo Dronedarona entre diciembre de 2010 y enero de 2011 alcanza su cota de mercado, entorno a 700 envases dispensados. Este consumo no se ve disminuido a pesar de las notas de riesgo de alteraciones hepáticas y revaluaciones. El consumo se ve sólo disminuido en abril de 2012 coincidiendo con la introducción de la necesidad de visado previo para su dispensación en las oficinas de farmacia. Ese mes el consumo es de 218 envases. A partir de esa fecha se reactiva el consumo, siendo un poco inferior al anterior (600 versus 700 envases).

**RESULTADOS:** Los datos indican que las notas informativas de seguridad tienen poco impacto en la práctica clínica; por el contrario establecer reservas singulares en la dispensación (visado previo a la misma) influyen en el momento de instauración, por motivos administrativos más que clínicos.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** *Isabel Elizondo López de Landache; Leire Braceras Izaguirre; María José Gardeazabal Romillo; Jon Iñaki Betolaza San Miguel; Edurne Ruiz Vaquero; Garbiñe López Ayarzagüena.*



**ID:** 56

**TÍTULO:** Comunicación médico-paciente en la prescripción de fármacos

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** Un 5,5% de los errores de medicación (EM) notificados en 2011 en nuestra Comunidad Autónoma ocasionaron daño en el paciente. El 14,5% de los EM con daño notificados desde Atención Primaria (AP) se producen durante la administración por el paciente. La mayoría están relacionados con la posología de los medicamentos y su modo de administración (error en la dosis, frecuencia, duración, vía, técnica de administración, duplicidades...). La mayoría son evitables mejorando la comunicación y proporcionando una información adecuada.

**ANÁLISIS:** Tras el análisis de los puntos críticos identificados en el proceso de información/comunicación al paciente mediante un AMFE, podrían ser causas comunes a todos ellos:

- Dificultades de comunicación (idioma, discapacidad, déficit cognitivo, edad avanzada...).
- Suponer que el paciente conoce aspectos que son obvios para el profesional.
- Suponer que el paciente ha entendido las indicaciones.
- No reforzar la información verbal con la escrita.
- Otras: falta de tiempo, interrupciones en consulta, no ser asertivo con el paciente...

**PROPUESTAS DE MEJORA:** 1. Reforzar la información especialmente en las siguientes situaciones:

- Indicación de un nuevo medicamento: especificar siempre la duración del tratamiento, preguntar por medicamentos sin receta (OTC, fitoterapia).
- Sustitución de un medicamento por otro para evitar duplicidades.
- Modificación de la pauta de administración de un medicamento.
- Pautas irregulares o peculiares (alternas, semanales, descendentes de corticoides, anticoagulantes...).
- Pautas de tratamiento que pueden ser confundidas con otro tipo de pautas (pauta insulina - pauta determinación glucemia).
- Vía de administración distinta de la oral (inhaladores, comprimidos vaginales...).
- Especificar las unidades de medida sobre todo en pediatría (pautar jarabes en ml y no en cucharadas) y formas de preparación (reconstitución de jarabes).

2. Facilitar la comprensión y reforzar la información:

- Hoja de medicación crónica y/o aguda.
- Instrucciones escritas en la copia de la receta.
- Información en varios idiomas, traductor simultáneo acompañante.
- Utilización de lenguaje no verbal, pictogramas.
- Adaptar las explicaciones al nivel cultural del paciente.
- En pacientes con limitaciones reforzar el apoyo de cuidadores y uso de pastilleros.

3. Asegurarnos siempre de que el paciente y/o acompañante ha entendido las indicaciones solicitando que repita la explicación recibida.





**RESULTADOS:** Realización de informe con análisis y medidas, retroalimentación a los profesionales a través de aplicación de comunicación de incidentes y EM. Elaboración de una recomendación de seguridad para la mejora de la comunicación médico-paciente en la prescripción de fármacos y difusión a todos los profesionales sanitarios de AP.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La elaboración y puesta en práctica de unas recomendaciones dirigidas a los profesionales para mejorar la información al paciente puede optimizar el proceso de comunicación y así evitar EM por parte del paciente.

**AUTORES:** Mercedes Martínez Piédrola; Henar Martínez Sanz; Blanca Escrivá de Romani de Gregorio; José Luis Martín Maldonado; M<sup>a</sup> Jesús Calvo Mayordomo; Alicia Moreno Rodríguez.



**ID:** 70

**TITULO:** ALERTA EN LA COMPOSICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y SUS EXCIPIENTES

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Paciente con problemas gastrointestinales tras inicio de tratamiento con enalapril.

**ANALISIS:** Paciente mujer de 61 años, con los antecedentes patológicos de osteoporosis sin tratamiento farmacológico, dislipemia con medidas dietéticas, hernia de hiato en tratamiento con omeprazol, espondilosis lumbar en tratamiento con gabapentina 100 mg (2c/24h) e intolerancia a la lactosa.

Dado el reciente diagnóstico de hipertensión arterial, se inicia enalapril 5 mg (1c/12h) con aparición de clínica de epigastralgia, flatulencia y deposiciones diarreas. A la exploración física destaca un dolor abdominal difuso sin defensa y peristaltismo aumentado. Revisando la medicación de la paciente observamos que uno de los excipientes que incorpora el enalapril es lactosa.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** - Tener presente que la lactosa es un excipiente frecuente en los medicamentos.  
- Considerar adecuar el tratamiento de los pacientes con intolerancia a la lactosa.

**RESULTADOS:** Se retiró el fármaco y se cambió por enalapril de un fabricante específico sin lactosa como excipiente. Se observó una normalización clínica posterior.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Un excipiente es una sustancia inactiva usada para incorporar el principio activo. Además pueden ser usados para ayudar al proceso mediante el cual un producto es manufacturado. Hay diferentes tipos de excipientes:

Aglutinantes (binders): mantienen los ingredientes de una tableta unidos. Ej: lactosa.

Diluyentes (fillers): rellenan el contenido de una pastilla o capsula. Ej: celulosa vegetal.

Desintegradores (disintegrants): facilitan la liberación del principio activo en el tracto digestivo.

Lubrificantes (lubricants): previenen que los ingredientes se agrupen. Ej: talco.

Recubridores (coatings): protegen a los ingredientes de la tableta de los agentes externos. Ej: polímeros sintéticos

Edulcorantes: sirven para hacer las pastillas más deglutibles, otorgándoles sabor más agradable.

Saborizantes y colorantes: sirven para mejorar las propiedades organolépticas, y por tanto, aumentar el cumplimiento terapéutico

La intolerancia a la lactosa es una alteración de las microvellosidades intestinales con ausencia de enzima lactasa, que supone una imposibilidad de metabolización de la lactosa. Esto produce una incapacidad del organismo de asimilar la lactosa con un cuadro clínico de cólicos abdominales, distensión abdominal, flatulencias, diarreas, mal absorción, y progresiva desnutrición.

El principal test diagnóstico utilizado es el Test de hidrógeno espirado; que se basa en que ante una deficiencia de lactasa, la lactosa es degradada por las bacterias en el colon produciendo una cantidad de hidrógeno libre eliminado y detectado en las vías respiratorias.



No se dispone de un listado de medicamentos en cuyo excipiente no haya lactosa. Si que existe una recopilación de fármacos que incorporan lactosa en su composición y que deberíamos consultar en pacientes con intolerancia a la lactosa.

**AUTORES:** *Núria Bernaus Miquel; Zulema Martí Oltra; Alexandra Guix Mestre; Pablo Rodríguez Blanco; M<sup>a</sup> Inés Dos Reis Marques Van Zelst; Matilde González Solanellas.*



**ID:** 75

**TÍTULO:** LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Error en la toma de medicación debido a problemas de confusión del mismo por similitud en la forma y diseño de presentación.

**ANALISIS:** Paciente mujer de 68 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg 1/24h, dislipidemia para la cual toma Simvastatina 20 mg 1/24h, asma sin tratamiento crónico, síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con Citalopram 20mg 1/24h y Pregabalina 75 mg 1/24h y hernia de hiato por lo que toma Omeprazol 20 mg 1/24h.

Hace aproximadamente unos 3 meses empezó a empeorar su cuadro depresivo, apareciendo mayor decaimiento, sin causa ni desencadenante claro. Con las visitas sucesivas y la anamnesis, se descubrió que se le cambió la marca del Citalopram, de forma que tomaba Citalopram 20mg Kern y Simvastatina 20 mg Kern. Dado que las dos cajas eran prácticamente idénticas, la mujer se estaba tomando, por error, dos Simvastatinas y no se estaba medicando para el Síndrome ansioso-depresivo, pues confundió las cajas.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Valorar la necesidad de prescribir diferentes marcas, si se conocen los medicamentos y sus diseños con el fin de darle al paciente medicación que no lleve a confusiones ni a errores.

En pacientes polimedicados puede ser útil que aporten la medicación a la consulta o una visita domiciliaria para comprobar como realizan el tratamiento.

El uso de los sistemas de dosificación personalizados de medicación que preparan los farmacéuticos es de gran ayuda para evitar errores con la medicación.

**RESULTADOS:** Después de la corrección de este error, se cambió la marca de uno de los fármacos, de modo que fueran con diseños y colores completamente diferentes. Se vio una clara mejoría en menos de un mes.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Considerar que algunos pacientes pueden tomarse la medicación en función de qué tamaño tengan los comprimidos, su presentación, sus colores, así como también el diseño externo, es decir las cajas de cada uno de ellos.

Ante un empeoramiento de una enfermedad que ya tenemos más o menos estable, considerar no solamente el incumplimiento del tratamiento, sino asegurarnos también de que lo que se están tomando sea lo que realmente deben tomar.

**AUTORES:** *Zulema Martí Oltra; Núria Bernaus Miquel; Laia Obradors Almodóbar; Inés Urbitzondo Sabrido; Pablo Rodríguez Blanco; Ana Romagosa Pérez-Portabella.*



**ID: 41**

**TÍTULO:** MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO EN UN CENTRO DE SALUD

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** El uso de múltiples fármacos en pacientes mayores es un problema de seguridad de gran magnitud. Origina menor adherencia terapéutica, más visitas domiciliarias de enfermería, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Hasta un 17% de los ingresos hospitalarios se relacionan con el uso de fármacos.

El mayor polimedicado (paciente de 74 o más años con más de 6 principios activos) requiere estrategias específicas como el Programa de atención al mayor polimedicado de la Comunidad de Madrid (CM), en marcha desde 2006.

Desde 2009 en el contrato programa de centro (CPC) y/o cuadro de mando se incluyen indicadores del programa que informan al profesional de la seguridad de sus pacientes: cobertura (incluidos sobre población diana), revisión de tratamiento (al menos 2 al año de idoneidad, eficacia, seguridad y coste-efectividad de cada fármaco) y revisión del uso.

En 2011, tras revisar los resultados del programa en 2010 de nuestro centro, se prioriza mejorarlo por sus resultados deficientes. Se decide que la seguridad de estos pacientes debe ser un compromiso de todo el centro.

**ANALISIS:** En 2010 se alcanza en el centro una cobertura del programa de 65,7% (pacto=80%), un resultado en revisión de tratamiento de 1,6% (pacto=50%) y un resultado en revisión del uso de 2,4% (no pacto en CPC).

El equipo de mejora analiza las causas de estos datos con un diagrama de Ishikawa, encontrándose la mayor parte en los propios profesionales, la organización interna y en el circuito de atención a estos pacientes.

Se diseña un proyecto de mejora en 2011, con una matriz de acciones que se implantan durante último trimestre de 2011 y primero de 2012. Se prevén monitorizaciones de resultados a lo largo de 2012, y análisis de cierre 2012 en primer trimestre de 2013.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se implantaron las siguientes acciones de mejora:

- realización de formación sobre manejo correcto del protocolo de registro del programa,
- solicitud de listado de población diana de cada profesional, con información de inclusión y revisiones,
- protocolo de inclusión de pacientes institucionalizados adscritos al centro de salud, con información a cada profesional responsable de estos pacientes,
- alertas informáticas de recordatorio en las historias clínicas de los pacientes.

**RESULTADOS:** Al cierre de 2012 la cobertura del programa es de 74,3%, el resultado de revisión de tratamiento es 62,5% y de revisión del uso de 57,6%.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Tras la implantación de las acciones de mejora, se objetiva una mejora significativa. La cobertura se ha incrementado un 8,7%. No obstante, este indicador sigue necesitando mejorar, al no alcanzar el pacto (80%) La revisión del tratamiento se incrementa de 1,6% a 62,5%, superando el pacto (50%).

La revisión del uso pasa de 2,4% a 57,6%.

Estos resultados, aunque sigan necesitando monitorizarse, suponen una satisfacción para los profesionales y un aumento en la seguridad en nuestros pacientes más vulnerables en el uso de fármacos.

**AUTORES:** *GEMA VAZQUEZ SALADO; SANDRA GARCIA ESTEVEZ.*



**ID: 81**

**TÍTULO:** GESTIÓN DE LOTES DE RECETAS DE CRÓNICOS NO RECOGIDAS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:** Uno de los objetivos del Contrato Programa de Centro (CPC) 2011 era el desarrollo de un ciclo de mejora en relación con un problema identificado. La Comisión de Calidad revisó el cierre del Contrato Programa 2010, el nuevo contrato 2011 y valoró algunas oportunidades de mejora. Desde el área de administración se identificó que mensualmente quedaban un importante número de recetas de crónicos sin recoger. El problema no estaba medido y afectaba de forma directa o indirecta a todos los profesionales del centro de salud y a los pacientes ya que la no recogida de lotes de recetas lleva implícita una mala cumplimentación de tratamientos con los riesgos derivados de ello.

**ANÁLISIS:** Se realiza la medición de las recetas de crónicos no recogidas desde junio a septiembre de 2011 en los 13 CIAS de facultativos que tienen puesto en marcha el circuito. Se contabilizan las recetas no recogidas de cada CIAS por mes. Se solicita a sistemas de información el total de recetas de crónicos emitidas de cada uno de los CIAS en este período, de manera que se pueda calcular que porcentaje representan las recetas no recogidas sobre el total de recetas de crónicos emitidas. Se contabilizan 1647 recetas no recogidas sobre un total de 43.287 emitidas en los 13 CIAS entre junio y septiembre de 2011 que hace un total de 17 recetas no recogidas/día (1,28 recetas no recogidas/profesional/día). Realizamos un análisis de causas que podrían estar ocasionando el problema mediante un Diagrama de ISIKAWA, agrupándolas en "estructurales", "con repercusión y frecuencia conocida", "con repercusión y frecuencia desconocida" y "repercusión hipotética". Se priorizan las causas abordables y se proponen acciones de mejora.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Elaboración de hoja informativa a pacientes, elaboración de hoja informativa a profesionales y taller práctico de cumplimentación de receta de crónicos.

**RESULTADOS:** Se realiza una nueva medición del 20-2-2012 a 27-3-2012 (36 días) contabilizándose 281 recetas no recogidas y una segunda entre el 30-4-2012 y 30-5-2012 con 252 recetas no recogidas. En estos dos periodos las recetas no recogidas/día experimentan una mejora del 45,92% y 47,82% respectivamente para cada uno de los periodos que representan una mejora en recetas no recogidas/profesional/día del 46,91% y 48,85% respectivamente para cada periodo.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** Resulta difícil comparar nuestros datos con otros estudios ya que no hemos encontrado en la bibliografía trabajos similares. Es posible disminuir el número de recetas no recogidas facilitando información escrita a pacientes, profesionales y realizando formación sobre la cumplimentación de recetas de crónicos.

**AUTORES:** Rosa María Fernández García; Francisco de Alba Gómez; José Luis Gala Paniagua; M<sup>a</sup> Jesús Gómez Martín; Javier Sastre Vicente; M<sup>a</sup> Dolores Torío Romero.



**ID: 62**

**TITULO:** Implicándonos todos en un circuito mejorable

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Nuestro Centro de Salud tiene establecido desde hace unos 4 años un "Circuito de generación y entrega de medicación crónica en el Área Administrativa".

Este año a raíz del establecimiento de la Historia única en nuestra Comunidad se nos dio el caso de un paciente mayor, de nueva adscripción, que venía de otro centro de la misma ciudad, con medicación crónica codificada como "tipo C", que es la que utilizamos en el centro para los pacientes que tenemos en el circuito de crónicos.

Antes de que el paciente acudiese por primera vez a consulta, toda la medicación que tenía activa, se imprimió cuando generaron la de su médico.

La primera vez que paso por consulta se revisó su medicación, cerraron fármacos que estaban duplicados, otros que ya no tomaba, hicieron "limpieza", y le propusieron que recogiese mensualmente su medicación en el mostrador por el circuito existente. Se le dieron las correspondientes para ese mes.

Al acudir en la ocasión siguiente a por sus recetas, le entregaron todas las que había a su nombre.

Ya en casa su hijo se dio cuenta del error, llevaba recetas de fármacos de los que ya habían retirado y otros duplicados. Iban recetas impresas antes de que su médico hubiese revisado la medicación, junto a las correctas.

**ANALISIS:** Con el cambio de programa informático y la posibilidad de tener la historia previa del paciente, puede darse en ocasiones la misma situación aquí descrita, listas de medicamentos que nadie revisa, de fármacos tomados años antes y que permanecen en activo aunque no signifiquen un problema al darlos en consulta, si puede serlo al llegar a un centro con los circuitos administrativos más avanzados.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Creamos un pequeño grupo de mejora, con médicos y administrativos, analizamos las causas y realizamos propuestas siguiendo criterios básicos de un programa de calidad. Consensuamos la solución y se la comunicamos al resto del centro.

Acordamos, que en cada asignación de pacientes nuevos, el administrativo a la vez, los citaría en la agenda del médico, con un mensaje en Observaciones "Paciente nuevo. Revisar medicación".

El médico se ocuparía en retirar la medicación de crónicos si la hubiere, y de este modo nunca se podría imprimir, en tanto no acudiese el paciente a la consulta.

**RESULTADOS:** Se está realizando la medida según la propusimos y no hemos vuelto a tener ningún percance por este motivo.

A la UNAD no le ha supuesto sobrecarga.

Los médicos tenemos conocimiento inmediato de todas las nuevas adscripciones de fuera del centro, y al revisar su medicación también vamos conociendo la patología del paciente.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** En ocasiones las medidas de mejora mas simples pueden evitar errores. Cuando cambian las condiciones de trabajo, como en este caso la centralización de historia clínica única para Atención primaria de nuestra Comunidad, puede dar lugar a brechas de seguridad, que de no subsanarse rápidamente pueden dar efectos no deseados y potencialmente peligrosos para nuestros pacientes.

**AUTORES:** *Paloma Rodriguez Turegano; Rosa María Pérez Criado; Karen Adriana Pisconte Alayza; Concha Díaz Laso; María Luisa Asensio Ruiz.*



**ID: 7**

**TITULO:** Mejora de la seguridad de los pacientes y profesionales en la gestión de los residuos clínicos en un centro de salud

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La generación de residuos sanitarios en un centro de Atención Primaria es un peligro para la salud y seguridad de pacientes y profesionales. Su incorrecta clasificación incrementa los costes del tratamiento y repercute negativamente en el medio ambiente.

La variabilidad en la clasificación, destrucción y eliminación de los residuos generados en las consultas de nuestro centro nos alertó de la falta de seguridad y confidencialidad.

**ANALISIS:** Se recogió información de las incorrecciones en la clasificación de residuos de los grupos I, II, III y IV, y se revisó si había documentación clínica identificativa de los pacientes en el contenedor de papel del grupo I. Para ello, durante un periodo de 15 días y en cuatro días distintos escogidos aleatoriamente, se efectuaron auditorias en todas las consultas del centro, revisándose 34 consultas. En el 44% de las consultas se encontraron un total de 72 incidentes de mala clasificación de residuos y documentación clínica.

El análisis de los errores mostró que el 57% de estos eran muy relevantes para la seguridad de los pacientes y trabajadores. Entre estos, el 56% lo eran por tratarse de documentación clínica no destruida en la que se podía identificar datos personales y clínicos de pacientes; el 44% restante suponía un riesgo potencial de infección para los trabajadores y pacientes, al gestionar y manipular dichos residuos.

Llevamos a cabo una encuesta de 20 preguntas para analizar los conocimientos sobre gestión de residuos entre el personal sanitario, obteniéndose una nota media de 7,5.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se realizó formación general sobre residuos sanitarios a todo el personal del centro.

Se revisaron y dotaron todas las consultas con recipientes adecuados y debidamente etiquetados, de forma muy visible según fueran para residuos de los grupos I, II III o IV.

Se elaboró y se puso a disposición de todo el personal, un documento de consulta, donde quedaban definidas las actuaciones y circuitos a seguir, acordando que toda la documentación clínica desechable generada durante la consulta sería recogida y triturada al finalizar la jornada de trabajo.

**RESULTADOS:** Se analizaron los resultados obtenidos después de aplicar las propuestas de mejora, con una nueva auditoría de las consultas y la repetición de la encuesta sobre conocimientos teóricos. Dicha auditoria – realizada con la misma sistemática que la previa – encontró tan solo 3 incidencias de mala clasificación de residuos en el 9% de consultas, no siendo ningún caso relevante para la seguridad del paciente. No se encontró documentación clínica con datos de pacientes. La encuesta de conocimientos realizada después de la formación reflejó una nota media de 9,5.

La realización de un proyecto de mejora estructurado con la participación de los profesionales consigue, además de buenos resultados, mejorar la seguridad del paciente y aumentar la motivación y satisfacción de los profesionales.



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

## **DISCUSION/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** *M<sup>a</sup> Dolors Collell Rovira; Vicenç Canal Casals; Thais Serrà Rigol; Clara Calvó Blancafort.*



**ID: 48**

**TITULO:** Medicamentos nefrotóxicos duplicados en paciente con insuficiencia renal avanzada

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Presentamos el caso de un paciente varón de 76 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus, fibrilación auricular, EPOC severo, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica (ERC), rosácea, en tratamiento con más de 6 fármacos. Tratado con Proderma, (doxiciclina) por su patología dermatológica, en la consulta del centro de salud se cambia al principio activo, pero el paciente continua tomando los dos fármacos dado que en el programa informático del centro de salud no se cierra la prescripción de la marca comercial. Días después el paciente sufre una reagudización respiratoria y, valorado por un segundo médico, se pauta nuevo antibiótico (amoxiciclina-clavulánico), que se suma a los dos anteriores. En la siguiente revisión de Nefrología, se objetiva deterioro de la función renal, por lo que suspende todo el tratamiento antibiótico y se comunica a Atención Primaria.

**ANALISIS:** Mediante el Diagrama de ISHIKAWA hemos analizado las siguientes factores que han provocado el error de medicación:

- 1.La no disponibilidad de un sistema de alerta en el sistema de prescripción en AP que avise de la duplicidad de principio activo.
- 2.La alerta en pacientes con ERC de pautas de fármacos nefrotóxicos y la necesidad de ajuste según función renal.
- 3.Aviso del no cierre de una prescripción cuando se cambia un fármaco comercial por el principio activo.
- 4.No revisar y actualizar frecuentemente la medicación crónica con el paciente.
- 5.La sobrecarga asistencial y escaso tiempo por paciente.
- 6.Valoración por múltiples especialistas.
- 7.Falta de adecuada comunicación entre especializada y primaria.
- 8.Falta de cuidador principal y de apoyo familiar.
- 9.Tratarse de un paciente anciano y polimedicado.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Proponemos la disponibilidad de un mecanismo de alerta en la prescripción de fármacos

- 1.Que permita identificar la duplicidad de prescripción del mismo principio activo.
- 2.Que avise de la prescripción de fármacos nefrotóxicos en pacientes con ERC y de los necesarios ajustes a función renal.
- 3.Disponibilidad de un sistema de comunicación rápido y eficaz entre especializada y primaria, con posibilidad de acceso a las historias en ambos ámbitos.
- 4.Un sistema de alerta como objetivo de buena calidad asistencial de revisión obligatoria de la medicación crónica de manera periódica.
- 5.Actualizar y entregar la hoja de medicación crónica con los cambios de tratamiento.
- 6.Asegurarse que el paciente y su cuidador han entendido el tratamiento

**RESULTADOS:** No procede.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La polimedicación es especialmente frecuente en la población anciana, lo cual supone un riesgo elevado de posibles errores de medicación, interacciones farmacológicas, reacciones adversas y baja adherencia terapéutica. Aunque los factores bio-psico-sociales del paciente pueden influir, el establecimiento de procedimientos sistematizados para la revisión periódica de la medicación y la entrega de la hoja de tratamiento crónico son medidas fundamentales para mejorar la seguridad del anciano polimedicado.

**AUTORES:** *NEREA AGUIRRE JUARISTI; SARA GARCIA MORENO; FRANCISCO JAVIER AYUSO IÑIGO.*



**ID: 76**

**TITULO:** EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN...

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Varón 44 años. En su historia no consta ningún antecedente. Acude por presentar desde hace varios días, cuadro de dermatitis extensa sobreinfectada. Se pauta tratamiento y se deriva al dermatólogo, prescribiéndosele antihistamínico.

**EVOLUCION**

Al mes, el paciente regresa sin cita, por temblor, diaforesis, nerviosismo y dificultad para la marcha. Que se inició paralelamente a la toma del antihistamínico (3 días antes). Niega consumo de otros fármacos.

Se deriva a Urgencias para valoración clínica y estudios complementarios.

Analítica: GOT 103 GPT 59.

Se da alta con diagnóstico de ansiedad + sobredosificación por antihistamínico.

Se indica suspender fexofenadina y se pauta lorazepam 12 h.

A las 48h acude nuevamente a consulta, por insomnio más alucinaciones. El médico realiza nueva anamnesis incidiendo en consumo de tóxicos.

El paciente reconoce hábito etílico importante.

Dejó de beber radicalmente, cuando el dermatólogo le pautó el antihistamínico, por miedo a interacciones

Se diagnostica cuadro de deprivación alcohólica, en un paciente con enolismo crónico no conocido, por lo que se deriva al hospital.

**ANALISIS:** Se ha producido un efecto adverso en el que contribuyeron los siguientes factores:

**FACTOR LIGADO A INFORMACION/DOCUMENTACION**

Fallo en anamnesis: Ninguno de los profesionales de los distintos niveles asistenciales, interroga al paciente acerca de hábitos tóxicos, ni este lo cuenta, ni estos constan en su historia.

**FACTOR LIGADO A COMUNICACIÓN:** El paciente abandona el alcohol al iniciar el tratamiento, sin consultarlo.

**FACTOR SOCIOCULTURAL:** Considerar consumo de alcohol como algo normal.

**FACTOR LIGADO A GESTIÓN:** sobrecarga asistencial, paciente acude sin cita.

**5.FACTOR LIGADO A DIAGNOSTICO:** retraso por no conocer toda la información y obviar datos (analítica alterada)

¿Era evitable?: SI

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Mejorar recogida de datos en la historia y su actualización por parte de los profesionales sanitarios.

Concienciar al paciente de aportar todos los datos para ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar su atención.

Mejorar comunicación médico-paciente.

**RESULTADOS:** El médico ha detectado el error y analizado sus causas, lo que ayudará a evitar errores similares en el futuro.

El paciente estará a partir de ahora más involucrado en su propia seguridad.

La notificación voluntaria del caso, permitirá mejorar a nivel institucional la seguridad del paciente.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Es fundamental promover la cultura de la mejora continua y de la seguridad del paciente.

Fomentar dentro del equipo el análisis de los incidentes o situaciones susceptibles de mejorar que se notifiquen.

Crear grupos de trabajo con objetivos concretos (en este caso mejorar las coberturas de los servicios 403 (promoción de estilos de vida saludables en el adulto) y 416 (atención al consumo de alcohol en el adulto) de la cartera de servicios.

Mejorar la comunicación con el resto de niveles asistenciales.

**AUTORES:** *MARTA CASTELO JURADO; IVAN LOPEZ QUINDOS; ANA SANCHEZ SEMPERE.*



**ID:** 46

**TITULO:** GESTION DEL ALMACEN DE FARMACIA

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Durante este año, en nuestro centro de salud se ha trabajado en la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Uno de los puntos a tratar ha sido el control de las caducidades y stock de la medicación del centro.

Al realizar una lluvia de ideas se observaron los siguientes problemas relacionados con la medicación del centro:

Falta de control de caducidades de la medicación en las consultas.

Falta de localización de la medicación en las consultas.

Dificultad para control de caducidades en el almacén de farmacia.

Estos problemas acarrearán efectos sobre el paciente, puesto que un mal control de las caducidades puede sobrevenir en un incidente o efecto adverso, y sobre la organización debido a la dispersión de la medicación podían existir dificultades para un buen control de las caducidades y de accesibilidad de los profesionales.

Para el abordaje del problema, se creó un equipo de mejora, con el objetivo de desarrollar e implantar un sistema de control de caducidades y determinación del stock mínimo de medicaciones.

Se utilizaron como indicadores de la situación basal y para la monitorización, la cantidad de fármacos caducados durante el periodo de implantación, que fue de 6 meses y posteriormente se realizó una auditoría interna al año. Así mismo se utilizó el núm. de incidencias relacionadas con la localización/stock de la medicación.

**ANALISIS:** Se realizó un diagrama de Ishikawa donde se vio que la mayoría de las causas eran de organización: falta de localización de la medicación, dificultad para el control de las caducidades debido a la dispersión de la medicación y de los profesionales: cada profesional se encargaba de pedir su medicación.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** En primer lugar, para facilitar el control de las caducidades y reposición de medicación se tomó la decisión de ubicar la medicación en una sola consulta por planta, o sea, centralizarla y colocar una hoja de incidencias junto a cada punto de dispensación.

En segundo lugar, se determinó el stock mínimo y máximo de medicación por planta en función de consumos históricos.

En tercer lugar, para simplificar el proceso de control de caducidades se creó un documento Excel que se consultaba y actualizaba desde el propio almacén del centro. Una vez completado el Excel con el petitorio de farmacia y registrada toda la medicación de almacén y plantas, la auxiliar puede realizar, una vez al mes, control de caducidades, control stock y petición de nueva medicación.

**RESULTADOS:** Facilidad de acceso a la medicación.

Control del stock de medicación del centro con un mayor ajuste y disminución del gasto.

Menor retorno de medicaciones al centro distribuidor por caducidad de la medicación.





**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Después de un año de experiencia podemos decir que los profesionales están satisfechos por la accesibilidad a la medicación, se ha producido un ajuste en el stock de farmacia, ha mejorado el control de caducidades y por tanto ha disminuido sensiblemente el número de medicaciones caducadas.

**AUTORES:** *YOLANDA CAULES TICOULAT.*



**ID:** 40

**TITULO:** Boletín Extremeño del Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado : espacio abierto a pacientes y profesionales.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Extremadura tiene una población de mayores polimedocados (población diana mayor de 75 años con  $\geq 5$  medicamentos) que asciende a 89.000 con una media de 9 medicamentos. Aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, suponiendo un riesgo para el paciente. A finales de 2010, el Servicio Extremeño de Salud (SES), pone en marcha el Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado (PAPP), como plataforma desde la cual médicos, enfermeras, farmacéuticos de atención primaria, farmacéuticos comunitarios, trabajadores sociales, servicios sociales de base, voluntariado de ayuda a domicilio, abordan a estos pacientes con actuaciones coordinadas, clave en el PAPP.

**ANALISIS:** Tras un año de implantación, el 2% del total de la población susceptible de ser estudiada (89.000), se ha incluido en el programa. Con una media de 1,72 problemas relacionados con medicamentos (PRMs) por paciente. La implantación en el 100% supondría más de 153.000 PRMs detectados.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Con el fin de concienciar sobre el problema de la polimedocación, se crea en noviembre 2011, el primer Boletín del Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado de Extremadura (BoExpAPP), dando a conocer, a los distintos profesionales sanitarios e instituciones, las actividades y resultados desarrollados por el PAPP, y motivando a su vez a participar.

El contenido, además de datos, muestra las experiencias de distintos profesionales que trabajan en el programa, de pacientes y cuidadores mediante entrevistas.

Es una publicación gratuita, trimestral, en formato papel y electrónico. Los temas los seleccionan el Comité de Redacción formado por farmacéuticos de atención primaria.

Consta de 6 secciones :1ª.-"El PAPP al día": parte informativa-descriptiva sobre polimedocación ; 2ª.-"Hablan los actores": entrevistas a profesionales sanitarios, pacientes , cuidadores..; 3ª.-"A propósito de un caso...": caso clínico; 4ª.-"Los prismáticos de la polimedocación" : noticias relacionadas con polimedocación; 5ª.-"Entre Bastidores" : opiniones sobre polimedocación por profesionales; 6ª.- direcciones de blogs o web de interés.

**RESULTADOS:** Se han publicado 4 ediciones, 20.000 ejemplares (inversión media de 0,51 € por ejemplar), presentando varios casos clínicos así como entrevistas a enfermero, médico, trabajador social, farmacéutico y paciente en relación al PAPP. Mediante una encuesta en el tercer número se preguntó: ¿si interesaba el BoExpAPP? Sí (90%), ¿si conocían el PAPP? Sí (94%), ¿si se ha planteado participar en el programa tras el boletín? Sí (62%), y ¿qué sección ha preferido? 32% el PAPP al día y 32% hablan los actores.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Buena aceptación y objetivos de difusión cumplidos.

Para mejora del el contenido, por sugerencia de profesionales sanitarios, se expondrán más casos clínicos reales de compañeros de centros de salud.

Monitorizar el aumento de profesionales adheridos al PAPP mediante encuesta, permitiría medir el impacto del boletín.

**AUTORES:** *Aránzazu Aránguez Ruiz; Carlos Barragán Gómez-Coronado; Maria Victoria Muñoz Arroyo; Olga Ortiz Rodríguez; José Carlos Domínguez Rodríguez; Aurelia María García Martínez.*



**ID:** 13

**TITULO:** Mejora en la atención del paciente Diabético mediante intervenciones de enfermería en un centro de Atención Primaria.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Al revisar los indicadores de nuestro centro salud identificamos una oportunidad de mejora en Cartera Servicios; Atención a pacientes adultos con Diabetes Mellitus (DM), al no alcanzar el estándar mínimo de Criterios Buena Atención (CBA).

Se planteó poner en marcha un plan de mejora de calidad que implicara todos los profesionales sanitarios del centro.

Nos planteamos desde las comisiones de cartera y calidad los objetivos;

-Mejorar la atención del paciente DM mediante el aumento del número de intervenciones enfermera en consulta de Atención Primaria (AP) en pacientes diagnosticados de DM.

- Aumentar el cumplimiento de Criterios de Buena Atención de Cartera Servicios de pacientes adultos con DM hasta alcanzar el objetivo mínimo establecido.

**ANALISIS:** El análisis de causas abordables se realizó con el diagrama Ishikawa.

Mediante una matriz de acciones correctivas, se concluyó que las causas más frecuentes de bajo cumplimiento de cartera en la atención a pacientes diabéticos: desconocimiento de criterios diagnósticos, falta de tiempo/interés, falta de conocimiento del lugar de codificación en el programa informático por parte de los profesionales.

Por parte de los pacientes las causas abordables: falta de interés/tiempo y su negativa a acudir a revisiones programadas.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Presentamos el proyecto al equipo en Noviembre 2012, presentamos los datos de cartera 2011 que teníamos en ese momento.

Establecimos un plan de acción: 10 sesiones formativas de 20 horas lectivas para personal sanitario del centro, impartido por 2 enfermeras y 1 médico, cuyos objetivos fueron: concienciar sobre la necesidad de diagnóstico precoz, seguimiento de pacientes diabéticos en consultas AP, controlar factores de riesgo.

Se facilitaron: CBA, criterios diagnósticos, objetivos de buen control en pacientes con DM.

Se formó a los profesionales en el registro de los mismos en el sistema informático.

Se aportaron listados de pacientes DM a cada profesional.

Sesiones actualización de 1 hora de duración/trimestral.

Elaboramos indicadores para medir el grado de consecución de nuestro proyecto una vez implantadas las acciones de mejora.

**RESULTADOS:** -Asistencia al taller formativo: 95% profesionales sanitarios.

-Sesiones formativas realizadas: 10. Posteriormente 2 sesiones de actualización.

-Todos los profesionales asistentes revisaron los listados de pacientes diabéticos.

Los criterios cargados en cartera de Septiembre 2012, manifiesta una mejoría en CBAs 1,2,3 del 5%.



**DISCUSION/CONCLUSIONES:** Se ha realizado un proyecto de calidad englobando dos aspectos fundamentales en nuestra actividad asistencial: seguridad del paciente y EpS.

Aunque no creemos que estos datos reflejen claramente nuestra propuesta de mejora, seguimos pendientes de datos de la próxima evaluación que será a los seis meses de puesta en marcha del proyecto.

**AUTORES:** *SILVIA FERNANDEZ FOYO; ANA MORAN ESCUDERO; ENCARNACION TORNAY MUÑOZ; ARANZAZU PILAR GONZALEZ VALLS.*



**ID:** 6

**TITULO:** Adecuación de Pautas de Tratamientos. UGC. Salud Buco Dental. Norte de Cádiz.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** La intervención más frecuente de las consultas de Odontoestomatología es las exodoncia. Muchas intervenciones requieren tratamiento antibiótico / antiinflamatorio previo (aunque existe una gran variabilidad clínica a este respecto). De la evaluación de los resultados de nuestra UGC se deriva que la mayoría de profesionales, prescriben terapéutica profiláctica empírica antes y/o después de las extracciones dentales. Muchas de las prescripciones no se adecuan al momento óptimo para la realización de la cirugía oral. Esto nos hace reflexionar si estamos actuando con la suficiente eficacia, además de suponer un riesgo añadido al paciente.

El Área Sanitaria Norte de Cádiz, tiene una población asignada de 413.930 personas. La UGC de Salud Buco Dental de dicha área cuenta con 18 Odontoestomatólogos para atender a dicha población. El número de consultas atendidas en el año 2012 ha sido de 38.443 con un porcentaje de cirugías de 27.835.

**ANALISIS:** El número de prescripciones durante el año 2012 ha sido de 14.951. El 79 % de dichas prescripciones fundamentalmente corresponden a antibióticos, antiinflamatorios y protectores gástricos (concretamente el 29 % a amoxicilina / clavulanico de 1 gramo/62,5 mg). La demora media de nuestras consultas es de 6,2 días, por lo que la eficacia de dichos principios activos en muchas ocasiones no corresponde a una correcta evidencia científica según las Concentraciones Mínimas Inhibitorias (CIM).

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Una vez detectado y evaluado el problema, recomendamos que una solución para un uso adecuado del medicamento y para la seguridad del paciente, es por un lado la posibilidad de tener en nuestra propia consulta de odontología envases clínicos de los principales medicamentos prescritos por los odontólogos y acomodar las citas a la terminación de las pautas y dosis. Esto reduciría el uso inadecuado de medicamentos (sobredosificación/infradosificación) aumentando la seguridad del paciente, ajustaría las dosis y pautas, aumentaría la eficacia, efectividad y eficiencia de nuestros actos quirúrgicos y disminuiría el gasto farmacéutico. Todo ello con la mayor evidencia científica que nos proporciona las guías farmacoterapéuticas consensuadas.

**RESULTADOS:** La adecuación de tratamientos reduce el riesgo de sobredosificación, además de una prescripción correcta asegurando el mejor momento quirúrgico. Esto aumenta la calidad de nuestras actuaciones, disminuyendo los errores terapéuticos, control de las incidencias y consecuentemente mejor control de la enfermedad. Evitaría caducidades y disminución del gasto farmacéutico. Creemos conveniente exportar dichas "buenas practicas" al resto de consultas de Odontoestomatología y especialidades médicas. Aumentaría la satisfacción del paciente, cumplimiento del tratamiento y menor variabilidad clínica (mayor adherencia). Es de sentido común la realización de prácticas de este tipo para garantizar los mejores resultados en nuestras actuaciones.



# V JORNADA

DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS  
MADRID

16 DE MAYO DE 2013

## **DISCUSION/CONCLUSIONES:**

**AUTORES:** *Fco. Javier Pascual Codeso; Jose Luis Orellana Carrasco; Esther Rodriguez Priego; Maria Isabel Alvarez Fernandez; Cristina Perez Fraile.*



**ID:** 19

**TÍTULO:** Las trampas del Nomenclator: unas píldoras de menos.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Un varón de 76 años con antecedentes de EPOC moderado en tratamiento con broncodilatadores acude un viernes a la consulta de tarde de Atención Primaria por cuadro de fiebre y tos con expectoración verdosa de 3 días de evolución. Se decide iniciar tratamiento antibiótico. De las presentaciones que aparecen en el listado del Nomenclator de AP Madrid se seleccionó como prescripción Amoxicilina 750mg 21 comprimidos. Se trata de una presentación comercial (la de 21 comprimidos) no existente en el mercado, y el farmacéutico no lo dispensó. El domingo el paciente acudió a Urgencias por empeoramiento del cuadro precisando ingreso durante cinco días para antibioterapia intravenosa, oxigenoterapia y tratamiento broncodilatador.

**ANALISIS:** Desde el equipo de Atención Primaria se realizó una auditoría de evento significativo. La fases de acción inmediata y de recopilación de la información las realizó el Médico de Familia a cuyo cupo correspondía el paciente. En la fase de reunión y análisis se implicó a cuatro médicos de familia que desarrollaron un modelo de espina de pescado. Tras reflexionar y enumerar las recomendaciones se designó un responsable para exponer el informe sobre el resto del equipo.

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Se plantea la necesidad de actualizar los registros informáticos que utilizamos diariamente para facilitar la prescripción. Se propone fomentar la notificación de eventos adversos entre los profesionales, la divulgación entre profesionales, así como la comunicación con las oficinas de farmacia.

**RESULTADOS:** Tras el análisis de resultados se obtuvo que las razones principales que contribuyeron a que ocurriera el evento pueden clasificarse en positivas y negativas:

- Razones positivas: se realizó una prescripción errónea, la presentación figura en el listado el Nomenclator, el farmacéutico optó por no dispensar la medicación, la sobrecarga asistencial hizo que el paciente no volviese al centro la misma tarde.
- Razones negativas: el facultativo no observó que el PVP aparecía en blanco en el listado de Nomenclator, se desconocían las formas existentes en el mercado, no se habían comentado casos previos en el Equipo de Atención Primaria, el paciente no volvió a consultar.

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** En el ejercicio de la práctica clínica diaria utilizamos herramientas informáticas que nos facilitan la prescripción a los pacientes. Es necesario realizar una actualización programada de las mismas, así como detectar e intervenir sobre los eventos relacionados con ellas que puedan aparecer. Además, es fundamental compartir este proceso y el aprendizaje obtenido con otros profesionales.

**AUTORES:** Javier Calatrava Sánchez; Elena Conde Senovilla; Imanol Domínguez Alonso; Victoria García Sánchez.





**ID:** 20

**TÍTULO:** MOTIVO DE CONSULTA INFRECUENTE

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:** Varón 42 años sin antecedentes relevantes que acudió de urgencias al centro de salud tras picadura de garrapata en abdomen dos horas antes con restos del artrópodo y eritema local tras extracción del mismo. Asintomático. En exploración física: punto de inoculación central negruzco en fosa iliaca derecha y eritema de 2 cm.

Valorado directamente por medicina sin triage previo por enfermería. El profesional desconocía la actitud a seguir. Por falta de tiempo consultó al resto del equipo sanitario.

Tras consenso se decidió alta y observación con recomendaciones.

Dos horas después otro médico, tras revisión bibliográfica, indicó al profesional implicado que debía extraer los restos urgentemente por riesgo de complicaciones. Se intentó localizar al paciente sin éxito (teléfono de contacto erróneo). Finalmente se localizó a través de su esposa.

El paciente acudió horas más tarde para punch cutáneo y cobertura antibiótica. Resolución sin complicaciones

**ANALISIS:** Errores detectados:

- Factores personales: mala coordinación, desconocimiento de situación infrecuente (medio urbano), estrés laboral
- Recursos: poco tiempo para resolver dudas mediante evidencia científica por presión asistencial y retraso en consulta
- Tareas no realizadas: no aplicar protocolo de urgencias
- Factores del paciente: datos no actualizados
- Institución/formación: falta de conocimiento del equipo de patología infrecuente

Priorizamos tres áreas:

- Desconocimiento médico-equipo ante patología poco frecuente: enfrentamos a diario patología diversa y el conocimiento de patología poco prevalente es escaso
- Protocolo de urgencias: No hubo valoración por enfermería previa (como indica el protocolo) ni posterior a la médica por carga asistencial y por coincidir con el descanso de mañana del personal
- Desactualización de datos personales del paciente que dificultó su localización: ¿Sabía el paciente que tenía que actualizar sus datos? ¿Error administrativo?

**PROPUESTAS DE MEJORA:** Revisar protocolo de actuación en urgencias: clasificación según gravedad. Permite coordinar al equipo, cada uno conoce su papel.

Para aumentar el conocimiento del equipo: creación de guías de actuación de fácil acceso, búsqueda bibliográfica en el momento o al acabar la consulta, planificar sesión trimestral sobre patología poco prevalente o reunión semanal para debatir casos clínicos raros/complejos.

Para evitar desactualización de datos personales: los administrativos realizarán revisión periódica e informarán al paciente de que debe actualizarlos si cambian

**RESULTADOS:** •Sesión clínica de revisión

- Información relevante en carpeta común de los ordenadores del centro para consulta



- Calendario de reuniones semanales para debatir casos clínicos infrecuentes/complejos
- Revisión de datos del paciente por los administrativos e informar que ante cambios deben modificarlos
- Revisión del protocolo de Urgencias

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La importancia del manejo de la patología poco frecuente en Atención Primaria para la seguridad del paciente

**AUTORES:** PAULA CATENA RALLO; LAURA GÓMEZ PAREDES; ALICIA RUBIO MORENO; JULIA MELERO MARTIN; SOFIA PASCUAL SANCHEZ.