XV Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria

Pabellón Docente
Hospital Clínico
San Carlos
(Madrid)

5 de junio
2023

El momento de los equipos
Por una atención integral y segura

www.seguridadpaciente.com

AEPap Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
faecap Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria
FECA Fundación Española de Calidad Asistencial
GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD
SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial
sefap Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
semFYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
sepeap Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

azul congresos
Secretaría Técnica
Uría, 68 – 1ºD
33003 Oviedo
Tlfnos 984 051 604 / 984 051 671
seguridaddelpaciente@azulcongresos.com

XV JORNADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

El momento de los equipos:
por una atención integral y segura

ISBN
978-84-09-51779-4

Programa científico

09:00 **ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN 09:30 ACTO INAUGURAL**

10:00 **MESA DE PONENCIAS**

"Contribución de los administrativos de atención primaria a la seguridad del paciente"
Ponente: **Neus Camañes García**
Responsable Atención al Ciudadano y participación
Gerencia territorial Camp de Tarragona

"Gestión enfermera de la demanda"
Ponente: **Jaime Bataller Ibañez**
Vicepresidente AIFiCC
Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

"El papel del fisioterapeuta integrado en el equipo de atención primaria"
Ponente: **Carlos Del Río Manzano**
Fisioterapeuta. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. SACYL

"Atención integral al paciente crónico complejo"
Ponente: **Natalia Rilla Villar**
Farmacéutica de Atención Primaria del Área Sanitaria VI. Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

"La participación del paciente crónico en la asistencia que recibe, garantía de seguridad"
Ponente: **Alfonso Castresana Alonso de Prado**
Secretario de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

11:30 **PAUSA CAFÉ**

12:00 **PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES**

14:00 **LUNCH**

15:00 **ACTO DE CLAUSURA**

15:30 **TALLERES**

Taller1: ***FarmaRevisión:revisión de la medicación integrada en la historia clínica***

Docentes:
Raquel Xoubanova Montero
Farmacéutica. SERGAS

María Dolores Cambeiro
Farmacéutica. SERGAS

Taller 2: ***Promoviendo la seguridad del paciente infantil a través de la gamificación***

Docentes:
Marisa Gascón
Enfermera. SERMAS

Concha Párraga
Enfermera. SERMAS

Taller 3: ***Involucrando a los pacientes para que participen en su seguridad***

Docentes:
Rosa Añel
Médica de Familia. OSAKIDETZA

Marta Pérez
Enfermera. OSAKIDETZA

Tabla de contenidos

11846. ¿HAY FISIOTERAPEUTAS EN LOS CENTROS DE SALUD? 7

11895. MAD MAX: FUROSEMIDA ROAD 9

11984. SOBREDOSIS DE TRES DOSIS DE SINTROM POR INGESTA ACCIDENTAL 10

12221. PLAN DE ACTUACION EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD 11

12222. TERESA Y EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UN CASO CLÍNICO PARA APRENDER DE LO INFRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA 13

12239. CASOS QUE ENSEÑAN: BULTO EN LA MAMA ATENDIDO EN CITA TELEFÓNICA 14

12240. "¡ÉSE NO SOY YO!". DIAGNÓSTICO DE VIH POR FILIACIÓN ERRÓNEA. 15

12261. ERRORES EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS POR PARTE DE PERSONAL SUPLENTE DE ENFERMERÍA EN AP. 16

12269. FALTA DE REGISTRO, "CORTA-PEGA" Y SUS IMPLICACIONES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. 17

12297. "Y TÚ, ¿TE VAS A LAVAR LAS MANOS?" 18

12314. COLABORACIÓN E IMPLICACIÓN CLÍNICA DEL FARMACÉUTICO DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LAS PRESCRIPCIONES DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO A DOSIS ALTAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA 20

12315. ESTRATEGIA CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR ESTABLECIDA EN UN CENTRO DE SALUD PARA REDUCIR LAS PRESCRIPCIONES CONCOMITANTES DE FÁRMACOS IMPLICADOS EN LA INTERACCIÓN TRIPLE WHAMMY 22

12318. CULTURA DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS: COMUNICAR INCIDENTES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA 24

12327. ERROR DE IDENTIFICACIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO EN LOCALIDAD CON ALTO ÍNDICE DE POBLACIÓN EXTRANJERA 25

12335. CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE UN PACIENTE FRÁGIL: A PROPÓSITO DE UN CASO. 26

12337. RESULTADOS DE ESTRATEGIAS DE LA COMISIÓN DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN POTENCIALES INCIDENCIAS DE SEGURIDAD EN EL USO DE LA MEDICACIÓN 27

12383. EL IMPACTO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN LOS PROFESIONALES (SEGUNDAS VÍCTIMAS) 28

12389. LA TRANSVERSALIDAD DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: POTENCIANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 30

12392. CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS INFORMES DE ALTA ENFERMEROS EN PACIENTES ILEOSTOMIZADOS 32

12394. LA IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL MANEJO CORRECTO DEL CATÉTER VESICAL 33

12406. DEPRESCRIPCION DE SUJECIONES QUIMICAS EN CENTROS RESIDENCIALES 34

12413. MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS DE ANATOMIA PATOLÓGICA DESDE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMÀRIA 35

12431. LA CALIDAD Y SEGURIDAD NUESTRA MAYOR PREOCUPACIÓN 37

12438. PROYECTO PARA DISMINUIR EL ABUSO DE ANTIBIOTERAPIA ORAL EN LA CURACIÓN DE HERIDAS COMPLEJAS 38

12440. LA CORRECTA TRITURACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS: TAN BÁSICO Y FUNDAMENTAL EN EL CUIDADO DE NUESTROS PACIENTES. 40

12441. ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TRIPLE WHAMMY EN EL CENTRO DE SALUD Y PROPUESTA DE MEJORA 41

12443. ERRORES POTENCIALES COMO CONSECUENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA NO PRESENCIAL 43

12458. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA: DESPRESCRIPCIÓN DE NITROFURANTOÍNA OFF-LABEL 45

12459. PROYECTO PARA UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGURA 47

12463. DESCONOCIDOS AUNQUE SOBRADAMENTE PREPARADOS. FISIOTERAPEUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA. 48

12465. RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA CONFUSIÓN ENTRE DISTINTAS CONCENTRACIONES DE MIDAZOLAM AMPOLLAS 49

12467. INCIDENCIAS PREANALÍTICAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PODEMOS APRENDER Y MEJORAR A LA VEZ? 50

12478. SOBREDOSIFICACIÓN DE MEBENDAZOL (LOMPER®) EN EL TRATAMIENTO DE OXIURIASIS 51

12485. ESTUDIO ANALÍTICO Y DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE LA MEDICIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE VITAMINA D. 52

12492. EQUIPOS PROA + EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA SUMA MULTIPLICA LA SEGURIDAD 54

12509. PAPEL DEL FARMACEUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONTROL Y ORGANIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN NUEVOS CENTROS DE ATENCIÓN CONTINUADA POR EL SERVICIO DE FARMACIA DE UNA ÁREA SANITARIA 56

12510. REORIENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA HACIA ESTRATEGIAS COLABORATIVAS. ¿FUNCIONA? 57

12516. CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA 59

12519. LA VITAMINA D, UN ERROR DE MEDICACIÓN FRECUENTE AL QUE NO SE LE DA SUFICIENTE IMPORTANCIA 61

12524. CIRCUITO CONSENSUADO POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA ATENDER A LA POBLACIÓN QUE ACUDE SIN CITA O DE MANERA URGENTE. 63

12530. MODIFICAR FALSAS CREENCIAS PARA MEJORAR EL DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO 64

12535. INCORPORACIÓN DE LA FISIOTERAPIA MULTIMODAL EN LA VÍA RÁPIDA DE CADERA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 65

12543. EL IDIOMA, UNA BARRERA INFRANQUEABLE. 67

12549. "SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO". UN PROYECTO PARA LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. 68

12556. COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA ENTRE PROFESIONALES, ANTE UNA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE 70

12561. VECINOS INVASORES PARTICIPACIÓN DE LOS CELADORES DE LOS CS EN LA SP AL OCUPAR DOS CENTROS DE SALUD EL MISMO EDIFICIO DE FORMA REPENTINA 71

12562. INTERVENCIÓN DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA CONCILIACIÓN DETRATAMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR EL FAP 72

12565. ESTABILIDAD DE LAS INSULINAS Y SEGURIDAD EN SU PRESCRIPCIÓN 73

12569. CUANDO UN RETO DE LA ATENCIÓN PRIMÁRIA TIENE UNA IMPLICACIÓN TRANSVERSAL 74

12607. DIABETES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA PUNTA DEL ICEBERG EN ATENCIÓN PRIMARIA 75

12622. EN BÚSQUEDA DE LA SEGURIDAD FARMACOLÓGICA DE NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II CONNEFROPATÍA Y/O INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN ÁREA DE SALUD RURAL 77

12654. LOS PELIGROS DE LA "MEDICINA DEFENSIVA" CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO 79

12663. LUCES Y SOMBRAS DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: RIESGOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS. UNA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES 80

12675. QUITAR ANTES DE PONER. A PROPÓSITO DE UN CASO. 81

12692. RETOS Y DESAFIOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 82

12731. IMPULSANDO A LOS EQUIPOS EN LA MEJORA DE LAS COMPETENCIAS EN EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS DESDE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA 83

12749. MODELO DE GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES COORDINADO DESDE UNA UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA 85

12752. SISTEMA DE NOTIFICACION A VISTA DE PÁJARO: DEL ANÁLISIS INDIVIDUAL AL ANÁLISIS GLOBAL DE NOTIFICACIONES, COMO PARTE DE LA PRÁCTICA HABITUAL. 86

12755. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POSPANDEMIA: ¿HAN CAMBIADO LOS EVENTOS ADVERSOS? 87

12757. RONDAS DE SEGURIDAD: ¿PARA QUÉ SIRVEN? ¿MEJORAN LA CULTURA DE SEGURIDAD COMO PRETENDEN? 88

12769. PROPUESTA DE CHECK-LIST PARA EVALUAR LA CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE VACUNAS EN LOS CENTROS DE SALUD EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA 90

12774. MEDICAMENTE: USO SEGURO DE BENZODIACEPINAS 92

12776. SALUD MENTAL SIMULADA: INNOVANDO EN FORMACIÓN 93

12777. POR FAVOR, EXPLÍQUEMELO, NO HABLO BIEN ESPAÑOL. 94

12800. INTERACCIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y SEGURIDAD DE PAXLOVID® EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 95

12801. VITAMINA D: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES 96

12802. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS 97

12803. INCIDENTE MASIVO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN FRENTE COVID-19: GESTION DE LA CRISIS E IMPLANTACION DE MEJORAS 98

12805. ANÁLISIS DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCION FARMACÉUTICA DE REVISIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES POLIMEDICADOS SIN MÉDICO ASIGNADO 99

12812. CASOS QUE ENSEÑAN: TÍTULO: ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: BARRERA ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE EN EL DIAGNÓSTICO 101

12815. CUANTIFICANDO LA INFRANOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y LOS SESGOS ASOCIADOS A LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENTES 102

12817. ERRORES DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE: DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN 104

12819. NORMALIZACIÓN DE LA APERTURA DE NUEVOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. 106

12825. ALÉRGENOS ALIMENTARIOS COMO PRINCIPIOS ACTIVOS 107

12826. EL PAQUETE QUE NO APARECÍA 108

12832. LA IMPORTANCIA DE LOS SENTIDOS 109

12844. LA COMUNICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GRAVES Y ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA PRIORIDAD Y UN RETO 110

12845. "EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: HIGIENE DE MANOS" 111

12852. LA POLIMEDICACIÓN, EL ENEMIGO DEL ANCIANO PLURIPATOLÓGICO. 112

12854. LA REVISIÓN DEL MATERIAL SALVA VIDAS. 114

12870. APRENDE Y ENSEÑA A SALVAR UNA VIDA CON TUS MANOS: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR A NIVEL COMUNITARIO. 115

12871. VIRAJE URINARIO, LA COLORACION IMPORTA. 116

12872. LAS APARIENCIAS "ENGAÑAN" 117

12876. REDUCIR LOS ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE RECETA ELECTRÓNICA: PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 118

12895. USO SEGURO DE LOS FÁRMACOS EN URGENCIAS PEDIATRICAS DE ATENCION PRIMARIA 119

12897. ¿ES TUYA O ES MIA? 120

12899. RONDAS DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD, CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 121

12906. MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LAS LACTANCIAS COMPLICADAS 123

12909. INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIBLES SOLO A LAS LISTAS DE ESPERA COMO CONSECUENCIA DE LA COVID-19 125

12914. ÚLCERA DE BEDNAR EN LACTANTE COMO CONSECUENCIA DE UNA APLICACIÓN ERRÓNEA DE LA TÉCNICA DEDO-JERINGA 126

ID: 11846

¿HAY FISIOTERAPEUTAS EN LOS CENTROS DE SALUD?

CALVO PANIAGUA, JOSE
C.S. ESPRONCEDA

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente
Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa
Palabras clave: Fisioterapeuta, Atención Primaria, Centros de Salud, Educación para la salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/ANÁLISIS PARA EL PROBLEMA PLANTEADO

El fisioterapeuta de Atención Primaria continúa siendo un gran desconocido, ya que no se conocen muy bien sus funciones, y es por ello que se debe potenciar y dar a conocer todas las actuaciones e intervenciones que se realizan desde las Unidades de fisioterapia en Atención Primaria para así poner en valor la figura profesional.

OBJETIVO/S A CONSEGUIR

Potenciar la figura del fisioterapeuta de Atención Primaria y comunitaria, así como dar a conocer las funciones de las Unidades de fisioterapia de Atención Primaria.

METODOLOGÍA A APLICAR

1. Se formarán grupos de 10 personas a los que se les realizará una intervención de Educación Para la Salud con una duración de 60 minutos donde antes de empezar, se les pedirá a cada persona que responda a las siguientes tres preguntas:

- ¿Sabía usted la existencia de los fisioterapeutas en los Centros de Salud?
- ¿Se hace lo mismo en un Servicio de Rehabilitación de un Hospital que en las Unidades de Fisioterapia de los Centros de Salud?
- ¿Sabes usted lo que son los Grupos de Educación sanitaria donde se hacen ejercicios? Una vez respondidas las preguntas, se les explicarán los siguientes conceptos:
  - Qué es un fisioterapeuta.
  - Cuáles son los niveles asistenciales (Primaria y Hospitalaria).
  - Qué es un Centro de Salud.
  - Qué son las Unidades de fisioterapia en Atención Primaria, y la función del fisioterapeuta de Atención Primaria.
  - Qué es la Cartera de Servicios Estandarizada y los protocolos de Atención en fisioterapia de Atención Primaria. (Las patologías susceptibles de atención y las que no)
  - Qué es la Educación para la Salud/Educación sanitaria.

RESULTADOS

La población, podría adquirir conocimientos de las funciones y el trabajo de los fisioterapeutas de Atención Primaria así como conocer su labor en el ámbito sanitario.

CONCLUSIONES

La población, conociendo la función, y las opciones existentes de intervenciones con los fisioterapeutas de Atención Primaria, podrán ser conscientes del trabajo que se realiza evitando, posiblemente, un gran número de derivaciones e incluso reduciéndose las listas de espera utilizando el recursos de los grupos de educación para la salud para pacientes con patología crónica basado en ejercicios terapéuticos grupales con un afrontamiento activo del dolor crónico.

Referencias

1 Contreras J, Liendo R, Díaz C, Díaz M, Osorio M, Guzmán R, Soza F, Beltrán M, Palomo H, Córdova C, Manosalvas D, Lecaros J, Torres R, Grau G, Silva P, Parada C, Cibie D, Martínez R, Pérez I. Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorizado, simple ciego [Effectiveness of a self-admi-

nistered rehabilitation program for shoulder pain syndrome in primary health care]. Rev Med Chil. 2018 Sep;146(9):959-967. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872018000900959. PMID: 30725015.

2 Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience education and physical exercise for

patients with chronic spinal pain in primary healthcare: a randomised trial protocol. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Nov 3;20(1):505. doi: 10.1186/s12891-019-2889-1. PMID: 31679512; PMCID: PMC6825712.

3 Bagg MK, Wand BM, Cashin AG, Lee H, Hübscher M, Stanton TR, O'Connell NE, O'Hagan ET, Rizzo RRN, Wewege MA, Rabey M, Goodall S, Saing S, Lo SN, Luomajoki

H, Herbert RD, Maher CG, Moseley GL, McAuley JH. Effect of Graded Sensorimotor Retraining on Pain Intensity in Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2022 Aug 2;328(5):430-439. doi: 10.1001/jama.2022.9930. PMID: 35916848; PMCID: PMC9346551.

4 Gallardo Vidal MI, Calleja Delgado L, Tenezaca Marcatoma JC, Calleja Guadix I, Daimiel Yllera A, Morales Tejera D. Protocolo de fisioterapia y educación para la salud

en dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético. Experiencia en atención primaria [Physiotherapy and health education protocol in chronic musculoskeletal shoulder pain. Experience in Primary Care]. Aten Primaria. 2022 May;54(5):102284. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102284. Epub 2022 Apr 20. PMID: 35461039; PMCID: PMC9046942.

5 Castell MV, Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Martínez M, Prieto MA, Moreno B, Nuñez S, Triano R, de Antonio MP, Mateo C, Cano MD, Garrido A, Julian R, Polentinos E,

Rodriguez-Barrientos R, Otero Puime A; MEFAP Group. Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age (MEFAP-project), a randomised clinical trial: rationale and study design. BMC Geriatr. 2019 Jan 28;19(1):25. doi:

10.1186/s12877-018-1024-8. PMID: 30691405; PMCID: PMC6348680.

6 Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A, Pérez-González R, Clavero-Cano S. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo- conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria [Non-randomised trial of an educational intervention based on cognitive-behavioural principles for patients with chronic low back pain attended in Primary Care Physiotherapy]. Aten Primaria. 2016 Aug-Sep;48(7):440-8. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2015.10.007. Epub 2015 Dec 24. PMID: 26724987; PMCID: PMC6877809.

ID: 11895

Mad Max: Furosemida Road

Peribañez Garcia, Roberto [1]; Escorihuela Gimeno, Maria [1]; Muñoz Anadón, Antonio [2]; Antoñanzas Serrano, Alma [1]; Lahoz Bernad, Isabel [1]; Maza Invernon, Ana Cristina [1]

CS San Pablo, [2] CS Mequinenza

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, descompensanción, furosemida, acetazolamida, diuresis, diurético, insuficiencia renal, hiperpotasemia, acidosis metabólica

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 82 años con insuficiencia cardiaca que acude a Urgencias por síncope en domicilio. Últimamente, el paciente había presentado empeoramiento de su disnea basal, con tendencia a hiperpotasemia: su Médica de Familia había realizado una interconsulta al servicio de Cardiología por este motivo. Achaca los síntomas a un cambio reciente de la medicación, 5 días atrás; desde Cardiología se propuso la siguiente pauta: retirar espironolactona, añadir acetazolamida y aumentar la dosis de furosemida (de 80 mg diarios a 160 mg diarios).

A la exploración destacaban deshidratacion leve y tensión arterial de 80/50. En la analítica de sangre destacaban una acidosis metabólica con hiperpotasemia de 7 mEq/L y una caída severa del filtrado glomerular.

El paciente fue ingresado en Medicina Interna con los diagnósticos de insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica e hiperpotasemia. Se mantuvo ingresado durante 4 días recibiendo sueroterapia, recuperando tanto los niveles normales de potasio como su función renal.

ANÁLISIS REALIZADO

Para analizar este caso, usaremos el Protocolo de Londres y la regla de los cinco porqués. La primera desviación es que se hizo un diagnóstico de descompensación de insuficiencia cardiaca crónica por parte de Cardiología sin valorar al paciente de manera presencial. Si analizamos las causas de esta desviación, destacan:

- La probable sobrecarga asistencial evitando citar a nuevos pacientes si no es imprescindible. La excesiva confianza en la propia capacidad diagnóstica
- La falta de medios que propician el tomar decisiones rápidas.
- La segunda desviación es que se dobló la dosis de furosemida, en vez de aplicar un aumento progresivo. Esta desviación es compartida tanto por la cardióloga que lo propone como por la médica de familia.
- Por parte de Cardiología se propone como causa el sesgo que tiene valorar a pacientes del entorno hospitalario, que suelen requerir dosis muy altas de diuréticos de asa para conseguir mejora de la clínica
- Otro factor contribuyente puede ser la prisa, la sobrecarga asistencial o el desconocimiento de ambas profesionales del riesgo de la medida.
- De fondo a todo ello, de nuevo, la falta de medios.
- La tercera desviación es que no se realizó un control estrecho de la función renal y el ionograma, como está recomendado. Esta desviación también es compartida. Creemos que los factores contribuyentes son los ya comentados.
- Por último, reseñar la circunstancia de que dicho cambio terapéutico se aplicó un viernes, dejando por delante todo el fin de semana. Esta desviación es responsabilidad de la médica de familia y los factores contribuyentes son similares a los ya comentados.

CONCLUSIONES

La primera reflexión es que el sistema sanitario no puede funcionar si no está correctamente dotado de personal y de medios económicos.

La segunda recomendación sería crear un sistema de avisos al pautar dosis altas de furosemida, para estrechar los controles analíticos y clínicos.

Referencias

1 • Guía Terapéutica en Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), 8ª Edición.

2 • Mullens W, Dauw J, Martens P, Verbrugge FH, Nijst P, Meekers E, et al. Acetazolamide in acute decompensated heart failure with volume overload. New England Journal of Medicine. 2022;387(13):1185–95.

ID: 11984

SOBREDOSIS DE TRES DOSIS DE SINTROM POR INGESTA ACCIDENTAL

Téllez Barragán, María Claudia [1]; Arnés Pérez, Maria Carmen [2]; Piqueras Villaldea, Maria del Mar [2]; Molina Ramos, Juana Maria [3]; Oterino Moreira, Ivan [4]

C.S.Dr. Luengo Rodríguez, [2] C.S.Dr. Luengo Rodríguez, [3] Hospital de Móstoles, [4] Dirección Asistencial Oeste

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: sobredosis accidental SINTROM

Varón de 77 años de edad con movilidad reducida, realiza sus desplazamientos en silla de ruedas eléctrico. Acudía sin acompañante a sus citas programadas en su Centro de Salud.

Polimedicado. su familia le suministra los medicamentos prescritos a excepción del sintrom por diferir en el horario de las dosis. Después de las comidas

Tras un ingreso hospitalario por presentar complicaciones por covid, sufre notorio deterioro físico y cognitivo. Desde entonces los controles son a domicilio

Acude con su hija al Centro de Salud sin cita por sospechar de una sobredosis de sintrom

Durante la consulta, se realiza un control de sintrom capilar, pero el coagucheck no aportara ninguna cifra. Se desplaza a urgencias hospitalarias por indicación de su médico de familia quien aporta un informe

En urgencias hospitalarias, se le realiza analítica. Con valor de INR>9. Se indica nueva pauta del sintrom, se ofertan citas para seguimiento. Reestablecidos lo valores normales del sintrom, se realizan controles domiciliarios por enfermería AP.

Ante el incidente, su cuidadora principal, se hace responsable del suministro de todos los medicamentos. Acepta el pastillero ofrecido por el centro de salud

ANÁLISIS

Una vez identificado el problema. Procedimos a un Análisis de Causa Raíz, ACR La ingesta del triple de dosis accidental

Porque el paciente asume el control de la ingesta del sintrom porque la cuidadora le encomienda su toma porque representa un horario diferente del resto de medicamentos A pesar del deterioro cognitivo, el paciente continua asumiendo el control de la toma del sintrom

Porque se establece una inercia

Porque los controles del INR realizados tenían valores normales

Porque el personal sanitario y familia suponían que las dosis del sintrom estaban bajo control.

CONCLUSION

Se aconseja que la medicación del paciente dependiente, esté en su totalidad bajo control del cuidador principal

Recomendable que el personal sanitario indague sobre la ingesta de cada uno de los medicamentos: su cumplimiento en la adherencia medicamentosa y la responsabilidad en su administración

Es conveniente informar acerca del beneficio que presta el uso del pastillero suministrado por el Centro de Salud para organizar los medicamentos en los pacientes polimedicados

ENSEÑANZA

En los tratamientos sanitarios en general, las suposiciones deben eliminarse. Debemos infundir diversas actuaciones concretas que avalen el buen resultado de la calidad asistencial y aseguren la seguridad del paciente

Informar de manera reiterada, el servicio que presta el pastillero para la disposición ordenada y organizada de los medicamentos, para evitar errores de medicación

ID: 12221

PLAN DE ACTUACION EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

CONCEJAL PATO, VICTOR; TRIANO SANCHEZ, ROCIO; AGUADO RODRIGUEZ, ELENA; FLORES GRANDE, YOLANDA

CS MIRAFLORES

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: paro cardiaco extrahospitalario, reanimación cardiopulmonar, soporte vital avanzado, rol miembro del equipo

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los Centros de Atención Primaria atienden un número bajo de emergencias sanitarias, en concreto pacientes que sufren parada cardiorrespiratoria (PCR). Esta situación requiere de actuaciones inmediatas, debidamente coordinadas y siempre bajo la organización de un líder que debe tener, al igual que el resto del equipo, los conocimientos y habilidades, previamente adquiridos y entrenados para afrontar la reanimación, con el objetivo principal de aumentar la supervivencia de los pacientes tras una parada cardiaca.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Implantación de un "Plan de Actuación Multidisciplinar ante PCR" en nuestro Centro de Salud, mediante sesiones formativas y programas de simulación clinica, como elemento potente de calidad y seguridad del paciente

METODOLOGIA A APLICAR

CRONOGRAMA DEL PLAN

Sesiones formativas al inicio del proyecto y semestrales de reciclaje en Soporte Vital Adulto y Pediátrico 2- Sesiones de simulación clínica bimensuales

CONSTITUCION DE EQUIPOS DE ATENCION A LA PCR, formados por 6 componentes: 2 Médicos, 2 DUEs, 1 Auxiliar, 1 Celador

FUNCIONES DEL EQUIPO DE PCR:

- **MEDICO 1**: MANEJO DE VIA AEREA: Aspiración secreciones, montaje y preparación de ambú, conectar mascarilla, reservorio, filtro, toma de oxígeno y apertura de la bala de oxígeno. Ventilar 30:2. Aislar vía aérea mediante intubación orotraqueal o colocación de dispositivo supraglótico
- **MEDICO 2**: Ejercer liderazgo durante toda la reanimación. Organizar al equipo. Monitorización y registro del tiempo de reanimación
- **DUE 1**: Canalización de dos vías venosas periféricas. Preparación y adminstración de fármacos. Colaborar en la rueda de compresiones torácicas
- **DUE 2**: Monitorizar al paciente con parches de desfibrilación. Encargado de aplicar descargas eléctricas si ritmo desfibrilable. Monitorización completa del paciente cuando responda
- **AUXILIAR**: Asistir preparando : material de vía aérea y circulatorio. Colaborar en la rueda de compresiones torácicas
- **CELADOR**: Compresiones torácicas

REVISIONES DE MATERIAL

Correcto funcionamiento pulsador de alarma en sala de urgencias, audible en todo el Centro, pizarra de registros y cronómetro

Carro de PCR , material de manejo avanzado de la vía aérea, fármacos de emergencia, material de acceso vascular

Monitor desfibrilador con parches adulto/niño

Sistemas de monitorización de constantes vitales

Cronómetro visible

Oxígeno

Elevador para facilitar compresiones torácicas

RESULTADOS ESPERABLES

Optimizar las habilidades técnicas, mejorar el trabajo en equipo, potenciar el liderazgo, el autocontrol emocional y la destreza del personal de Atención Primaria en Soporte Vital Avanzado. Por lo tanto, se espera que aumente la supervivencia a corto y largo plazo de los pacientes que recuperan la circulacón espontánea tras sufrir una PCR en el Centro de Salud, mejorando su pronóstico neurológico, tras una actuación del equipo precoz y eficiente

Referencias

1 Parada cardiorrespiratoria: ¿de dónde venimos y como podemos mejorar? Dr. Hernández Hidalgo (4 de enero 2023) Cardiología hoy (SEC)

2 Informe sobre la situación de la Parada Cardiaca Extrahospitalaria en España (Proyecto OHSCAR julio 2020)

3 European Resuscitation Council Guidelines 2021 (g.d perkins@warwick.ac.uk) (G.D Perkins)

ID: 12222

Teresa y el diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré: un caso clínico para aprender de lo infrecuente en Atención Primaria

Serrano, Elena
EAP Casernes (Barcelona)

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa
Palabras clave: Primary Care, Clinical Decision-Making, Patient Safety, Heuristics, Case Reports

Lunes por la tarde, nos encontramos visitando las dos profesionales referentes del cupo. Tal como es habitual, todas las visitas del día solicitadas por pacientes son asignadas primero a la profesional de enfermería. En el texto visible en la pantalla del ordenador como motivo de consulta de Teresa, la enfermera pudo leer: "hormigueo en las piernas". Y una vez dentro de la consulta y su primera valoración, tuvo lugar una visita conjunta con la médica de familia. Así del síntoma de "hormigueo en las piernas desde hace tres días" conjugado con la hipótesis verbalizada varias veces por Teresa: "¿será ansiedad lo que tengo?" se fue realizando una exploración que descubrió ciertos signos que invitaban a volver a indagar en las preguntas sobre los antecedentes inmediatos y más alejados. Llegar a la hipótesis no fue un proceso lineal, sino más bien una madeja hilada entre lo escuchado, lo observado, lo explorado y lo pensado. La hipótesis fue un síndrome de Guillain- Barré (SGB), una enfermedad infrecuente pero que apareció como un flash en la médica de familia trasladándose a ese paciente atendido una noche de guardia cuando era residente. Hipótesis hilada probablemente por un heurístico de disponibilidad, ese que autores como Gigerenzer lo consideran un recurso adecuado para la decisión o como Kahneman que lo identifican como factor determinante del error. La tarde del lunes para Teresa transcurrió en las urgencias del hospital dereferencia donde fue derivada. Al día siguiente ya estaba disponible un informe en el cual pudimos conocer la decisión del ingreso de Teresa para continuar las pruebas y el tratamiento por el SGB. La frecuencia de este síndrome en AP es menor al estimado 1/1000 personas atendidas/año requerido para mantener la competencia en diagnosticar y/o derivar y/o tratar losprocesos de la consulta. En estas enfermedades infrecuentes serán precisos esfuerzos adicionales personales e institucionales en formación continuada. Palomo et al proponen tres estrategias formativas en este contexto:

1. La presentación en sesiones clínicas de errores en el diagnóstico por profesionales con los que se trabaja en el mismo centro, que permita exponer con sinceridad los problemas del diagnóstico diferencial y de la historia natural de las enfermedades en AP.
2. Las sesiones clínicas conjuntas con casos de pacientes que presentan enfermedades de baja incidencia, en las que se elige una enfermedad y cada profesional del centro aporta uno o más casos (así se amplía la «población»).
3. Los cursos y actividades que preparen a profesionales para dar respuesta a enfermedades/situaciones infrecuentes (un ejemplo, «resucitación» cardiopulmonar). Y así fue cómo de la toma de decisiones en la consulta un lunes por la tarde, transitamos la enfermera y la médica de familia por la reflexión de la incertidumbre clínica y decidimos compartirlo en una sesión deequipo para seguir aprendiendo sobre nuestro contexto, sobre lo infrecuente y sobre lo que hacemos.

Referencias

1 Palomo L, Gérvas J, García-Olmos L. La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23(6): 363-70.

2 Aragonès J.M., Altimiras J., Alonso F., Celedón G., Alfonso S., Roura P., et al. Incidencia y características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en la comarca de

Osona (Barcelona, España) (2003-2016) Neurología. 2018;S0213-4853:30150–30156.

3 Minué-Lorenzo, Sergio; Fernández-Aguilar, Carmen; Martín-Martín, José Jesús; Fernández-Ajuria, Alberto. Uso de heurísticos y error diagnóstico en Atención Primaria: revisión panorámica. Aten Primaria Volume 52, Issue 3, March 2020, Pages 159-175.

ID: 12239

Casos que enseñan: Bulto en la mama atendido en cita telefónica

Iglesias Rus, Laura
CS Abrantes

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria
Palabras clave: Seguridad del paciente; atención primaria de salud; neoplasias de la mama

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente citada telefónicamente con un Médico de Familia en agenda de rebosamiento del centro de salud para resultado de una analítica. La paciente aprovecha para consultar por un bulto doloroso en la mama. El médico solicita ecografía mamaria con prioridad normal sin anamnesis adicional. Cinco días después su enfermera realiza una visita domiciliaria de forma casual, y la paciente explica que tiene alteraciones en el pezón y su hermana tiene doble mastectomía. A la exploración se observa bulto en cuadrante inferior externo con retracción de pezón. Se deriva preferente a la Unidad de Mama, con resultado de BIRADS 4C con alta sospecha de malignidad.

ANÁLISIS REALIZADO

Se realiza análisis del incidente de seguridad siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Londres identificando las acciones inseguras y los factores contribuyentes. Durante la consulta telefónica, el proceso habitual consiste en la filiación de antecedentes del paciente, el motivo de consulta y en caso de no poder resolverse la consulta de manera telefónica por necesidad de exploración física se valora atención presencial. En este caso, no se realizó de manera adecuada la filiación de antecedentes y no se consideró la necesidad de exploración física pertinente. Como factores contribuyentes encontramos la carga de trabajo por falta de cobertura de plazas médicas, la fatiga del profesional médico y la coordinación errática entre profesionales. En este caso, la enfermera de la paciente al detectar síntomas de alarma activó los mecanismos de derivación pertinentes para minimizar el daño. Se realizó notificación a través de la aplicación CISEM-AP, se anotaron los antecedentes familiares en la historia clínica de la paciente y se realizó seguimiento estrecho del caso.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

La atención telefónica tiene sus limitaciones cuando el paciente requiere de exploración física y recabar información clínica adicional. La realización de pruebas complementarias y su priorización depende de los datos aportados por la consulta presencial. Es necesario recordar periódicamente a los profesionales la selección adecuada del modo de atención (presencial o telefónico) para prevenir retrasos diagnósticos y eventos adversos.

ID: 12240

"¡Ése no soy yo!". Diagnóstico de VIH por filiación errónea

Iglesias Rus, Laura
CS Abrantes

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria
Palabras clave: Seguridad del paciente; Atención primaria de salud; registros electrónicos de salud

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se comunica alta hospitalaria el a través de la aplicación AP Madrid, en la que un paciente de 56 años es atendido por herpes zóster y consta que no se pudo dispensar medicación en MUP por incidencia informática. Su enfermera intenta contactar telefónicamente con el paciente sin éxito. Cinco días después, el hospital notifica al centro de salud una serología positiva a VIH en este paciente para su captación y derivación a Medicina Interna. Se consigue contactar con el paciente, quien niega haber acudido a Urgencias y tener lesiones compatibles. Se revisa base de datos del hospital, y al realizar búsqueda por nombres y apellidos aparece otro paciente de menor edad, ya captado por la consulta monográfica de VIH en Medicina Interna. Por tanto, se produjo un error de filiación en Urgencias hospitalarias.

ANÁLISIS REALIZADO

Se realiza análisis del incidente de seguridad siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Londres identificando las acciones inseguras y los factores contribuyentes. Se detecta como principal factor contribuyente el sistema de filiación de pacientes a la hora de citar en un servicio de Urgencias hospitalarias. Habitualmente se utiliza documentación adicional (documento nacional de identidad, pasaporte o tarjeta sanitaria) además del nombres y los apellidos para garantizar la apertura del historial clínico correcto de cada paciente. En este caso, sólo se llevó a cabo la filiación por nombre y apellidos sin tener en cuenta información complementaria. Como factores contribuyentes encontramos la carga de trabajo propia del servicio de Urgencias hospitalarias. En este caso, los profesionales sanitarios que atendieron al paciente detectaron discordancia de la información e investigaron la posibilidad de anotaciones en la historia clínica errónea.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

La filiación desde las Unidades de Atención al Usuario de atención hospitalaria y Atención Primaria implica la utilización de documentación complementaria para facilitar el acceso al historial clínico correcto.

ID: 12261

Errores En La Preparación Y Administración De Vacunas Por Parte De Personal Suplente De Enfermería En AP.

Téllez Barragán, María Claudia [1]; Diaz Gallo, Javier [2]; García Fernández, Maria Eugenia [3]; Crespo Alvarez, Manuel [4]; Criado Arias, Laura [3]

[1] C.S.Dr.Luengo Rodríguez, [2] C.S.Arroyomolinos, [3] C.S. Arroyomolinos, [4] C.S. Parque Coimbra

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Error en la preparación y aplicación de vacunas

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En algunos días en los que suplentes cubrieron al personal titular de enfermería por encontrarse de permiso reglamentario, se observaron irregularidades en algunos empaques de vacunas, que necesitaron ser reconstituidas. Se detectaron en la nevera de vacunas, solutos sin disolventes que pusieron en evidencia la mala preparación de las vacunas que fueron administradas a cierto número de usuarios que requerían ser vacunados. Los pacientes afectados por el error, fueron identificados y localizados para concertar nueva cita en el Centro de Salud afín de administrarles una correcta vacunación.

ANÁLISIS

Identificado el error y los días en los que ocurrieron los incidentes, se realizó un análisis de las posibles causas:

- Desconocimiento del personal suplente por poca experiencia
- Presión asistencial que conlleva un estrés laboral
- Falta de identificadores o rotuladores que llamen la atención
- Poca organizacion de las vacunas
- Diferentes para una misma vacuna

PLANES DE ACCIÓN

- Se creó un comité de bienvenida para el personal suplente con el propósito de enseñar las instalaciones del Centro de Salud incluida sala de vacunación
- Las vacunas se organizan de manera ordenada y estratégica
- Se instalaron rótulos con colores llamativos en las bandejas portadoras de o Vacunas que necesitan se reconstituidas o Advertencia del uso en embarazadas y lactantes

RESULTADOS

Con las actividades de mejora en marcha, se han eliminado los errores por preparación y admiración de vacunas

ID: 12269

Falta de registro, "corta-pega" y sus implicaciones en la seguridad del paciente.

MARTÍNEZ BENEDICTO, BEATRIZ [1]; GÓMEZ- ESCALONILLA LORENZO, BEATRIZ [2]; MORENO CABELLO, ESTHER [3]; JULIÁN ATIENZA, RAQUEL [2]; SUSIN LÓPEZ, DANIEL [4]; JAIME JAIME, RAÚL [1]

[1] C.S. SANTA MARÍA DE BENQUERENCIA, [2] C.S SANTA MARÍA DE BENQUERENCIA, [3] C.S. TORRIJOS, [4] C.S. BUENAVISTA

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: lesión, dependencia, registro, monitorización, seguridad, calidad asistencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 88 años con antecedentes de Enfermedad de Alzheimer GDS 4/5. Dependiente para todas las AVD (Barthel=0). Presenta varias lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) que precisan curas cada 48 horas (18/3/2023):

LRD de presión + fricción 2ºgrado, dimensiones 4x3 cm en sacro con tejido necrótico húmedo en lecho. No signos de infección. Exudado seroso-sanguinolento moderado. Bordes con despegamiento epidérmico.

LRD de etiología LESCAH+ fricción en zona inguinal derecha. Dimensiones 2x3 cm. Tejido de granulación 75% + tejido esfacelar 25%. No exposición tendinosa. No signos de infección. Exudado seroso leve-moderado. Bordes frágiles.

LRD de posible mecanismo de producción de cizalla. 2º grado en trocánter derecho. Dimensiones 5x4 cm. Lecho con tejido de granulación 60% y esfacelar 40%. No signos de infección. Exudado seroso-sanguinolento moderado-abundante. Bordes frágiles.

LRD de presión, 2º grado en maléolo externo pie derecho. Dimensiones 3x2,5 cm. Tejido de granulación en bordes y lecho con tejido esfacelar. No signos de infección. Exudado seroso moderado. Bordes frágiles e íntegros.

Su enfermera de referencia está ausente durante 1 semana por vacaciones y durante ese período, acuden enfermeros/as del equipo para seguimiento de las heridas.

No se realiza registro de su evolución durante ese período y se hace un "corta-pega" del tratamiento que se aplicaba, sin especificar los cambios que se han realizado.

ANÁLISIS REALIZADO

En este caso la falta de registro es un incidente sin daño que consideramos necesario analizar puesto que los incidentes sin daño comparten el proceso causal de los que producen daño, y nos puede ayudar a prevenir incidentes más graves.

Los factores contributivos identificados en el análisis causa-raíz de este incidente son:

- **Paciente**: Persona en situación de fragilidad con dependencia para todas las AVD, deterioro cognitivo e inmovilización.
- **Ambiente**: Buen apoyo familiar por su hija (única cuidadora) que se encarga de proporcionarle todos los cuidados y que es un gran apoyo para el equipo sanitario.
- **Individuo**: Enfermeros/as que realizan los cuidados de la persona, de las lesiones, pero no registran nada en el evolutivo, ni los cambios del tratamiento.
- **Formación**: Falta de formación de los profesionales sobre la importancia del registro y monitorización del estado de las personas en situación de fragilidad.
- **Equipo de trabajo**: Falta de coordinación en el registro de la evolución de la persona con heridas.
- **Medidas puestas en marcha**: Realizar una sesión clínica/reunión equipo para mostrar la importancia del registro y monitorización de la evolución de los pacientes.

CONCLUSIONES/ APRENDIZAJE.

El registro y monitorización de la evolución de una persona con heridas nos permite determinar si la herida sigue un curso favorable y además es una herramienta para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

ID: 12297

"Y tú, ¿te vas a lavar las manos?"

Añel Rodríguez, Rosa M.ª Añel Rodríguez

Centro de Salud Landako, UAP Durango, Osakidetza

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

Palabras clave: Atención primaria; Higiene de manos; Prevención de infecciones; Educación sanitaria; Campañas informativas; Comunicación audiovisual

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Aunque es una de las medidas más rápidas, efectivas y asequibles para prevenir infecciones, el grado de implementación de la higiene de manos (en adelante HdM) en la práctica real ha sido siempre, y lo sigue siendo, muy mejorable.

ANÁLISIS

La pandemia de Covid-19 ha mejorado el nivel de información y sensibilización sobre las medidas de prevención de infecciones en general, y sobre la HdM en particular, aumentando la adherencia de los profesionales a esta buena práctica y extendiéndola a los pacientes. Para mantener los avances logrados, conviene continuar con su promoción de forma cíclica y programada.

Debido a la situación actual de sobrecarga laboral en el primer nivel asistencial, y a la escasez de tiempo y de recursos, es imprescindible diseñar actividades prácticas y que sean factibles en términos de tiempo y coste.

PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción propuesto tanto para el desarrollo del taller como para la promoción permanente de la HdM, es el siguiente:

- Preparación de los materiales necesarios, diseño estructura y dinámica del taller.
- En la semana previa al 5 de mayo (precampaña): envío email a toda la plantilla profesionales de la Unidad de Atención Primaria (UAP), y colocación cartelería en los centros de salud y consultorios.
- El día 5 de mayo (campaña): realización y grabación del taller ambulante de HdM a cargo de la referente de seguridad del paciente (SP) de la UAP. Todos los profesionales (administrativas, enfermeras, médicas, ...) practican in situ (primero con pintura de manos y luego lavado con agua y jabón) la técnica y los pasos para una correcta HdM.
- En la semana posterior: encuesta de satisfacción con la formación recibida y recogida de propuestas de mejora para futuras ediciones, maquetación y edición del vídeo demostrativo.
- A lo largo del año (hasta el siguiente 5 de mayo): divulgación del vídeo y acciones puntuales para recordar la importancia de esta buena práctica coincidiendo con fechas señaladas: 17 septiembre, día mundial de la SP; 15 octubre, día mundial lavado de manos; 18 noviembre, día europeo uso prudente antibióticos, etc.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

La realización de este taller nos ha permitido:

- Aumentar la adherencia a la HdM: resultado que se ha medido de forma indirecta por aumento de consumo gel neutro, gel hidroalcohólico y papel de secar manos.
- Mejorar el conocimiento mutuo y la relación entre profesionales de diferentes perfiles dentro de nuestra UAP
- Elaborar un vídeo educativo y compartir la experiencia fácilmente, mostrando los materiales necesarios para la realización del taller y su propia ejecución.
- Aportar un modelo de taller sencillo, factible y válido para la promoción y formación práctica en HdM, y aplicable y reproducible en cualquier ámbito comunitario: centros sociosanitarios, oficinas de farmacia, centros educativos, ...

Referencias

1 Jesús Palacio Lapuente, María Dolores Martín Rodríguez, Carlos Aibar Remón, Juan José Jurado Balbuena, María Luisa Torijano Casalen-

gua, Rosa Añel Rodríguez, Prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en atención primaria. Lecciones de la pandemia, Atención Primaria, Volume 53, Supplement 1, 2021. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102225

ID: 12314

COLABORACIÓN E IMPLICACIÓN CLÍNICA DEL FARMACÉUTICO DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LAS PRESCRIPCIONES DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO A DOSIS ALTAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

CASADO REINA, CRISTINA; AGUILELLA VIZCAÍNO, RAFAEL; ALONSO FITO, LUISA; REQUES SASTRE, BERTA; JIMÉNEZ MORENO, PABLO; ESCUDERO CRUJERA, LETICIA

DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERMAS

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Ácido Acetilsalicílico, STOPP, farmacéutico atención primaria

OBJETIVO

Comparar dos estrategias para reducir las prescripciones de ácido acetilsalicílico (AAS) >150mg en ≥74 años, diferenciadas en el grado de implicación clínica de la Farmacéutica de Atención Primaria (FAP) y en la colaboración entre ésta y el resto de profesionales del centro de salud (CS).

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro servicio sanitario autonómico (SSA) realiza desde 2021 seguimiento de pacientes ≥74 años con prescripción de AAS

>150mg (Pac≥74a->150mgAAS) mediante un indicador de seguridad (Ind-AAS), y compara sus 262 CS mediante el percentil que ocupan según dicho Ind-AAS (mayor percentil=mejor resultado).

En 2021 y 2022, en 4 CS que tienen la misma FAP, dicha farmacéutica realizó dos estrategias diferentes para reducir los Pac≥74a->150mgAAS:

Estrategia-2021: explicación en los CS del documento que describía los indicadores anuales de farmacia y del aplicativo informático que permite identificar los pacientes afectados por cada indicador.

Estrategia-2022: reunión multidisciplinar en cada CS entre: FAP, Director y Responsable Farmacia (ambos médicos), enfermera y miembro de unidad administrativa, para acordar la estrategia a realizar en función de necesidades y preferencias del CS. En todos se acordó la misma:

Formación impartida por la FAP, mediante sesión formativa y explicativa de la acción, y difusión de 2 fichas informativas: AAS en prevención 1ª y AAS en prevención 2ª.

Revisión farmacoterapéutica realizada por la FAP, en tres cortes en 2022, de la prescripción de AAS de los pacientes afectados, incluyendo la valoración en nota informativa de historia clínica y avisando a su médico para la pertinente valoración.

Se compara para los 4 CS la Estrategia-21 (diciembre/2020-diciembre/2021) con la Estrategia-22 (diciembre/2021- diciembre/2022), respecto a:

La variación porcentual de Pac≥74a->150mgAAS.

La variación del percentil del CS según su Ind-AAS respecto al resto de CS del SSA.

RESULTADOS

Comparación "Estrategia-21 versus Estrategia-22":

Variación porcentual del número de Pac≥74a->150mgAAS:

CS1= -2,9% versus -97,0%: es decir, con Estrategia-21 se redujo el número Pac≥74a->150mgAAS un 2,9%, mientras que con Estrategia-22 se redujo un 97%.

CS2= 0% versus -90,5%

CS3= -16,7% versus -100,0%

CS4= -25% versus -73,3%

Global en los 4 CS= -8,5% versus -90,7%

Variación del percentil del CS según su Ind-AAS respecto al resto de CS del SSA:

CS1= -6 versus +87: es decir, con Estrategia-21 empeoro 6 puntos el percentil, mientras que con Estrategia-22 mejoró 87 puntos.

CS2= -19 versus +57

CS3= -2 versus +91

CS4= -7 versus +25

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Con Estrategía-22 la reducción de Pac≥74a->150mgAAS fue mucho más acusada que con Estrategia-21. Además, los 4 CS mejoraron de forma muy relevante su percentil según Ind-AAS respecto al resto de CS del SSA, mientras que con Estrategía-21 todos empeoraron.

La mayor colaboración de la FAP con el resto de profesionales del CS y su implicación más clínica consiguió una mejora manifiesta en la reducción de Pac≥74a->150mgAAS.

Referencias

1 Delgado Silveira E, Montero Errasquin B, Munoz Garcia M, Velez-Diaz-Pallares M, Lozano Montoya I, Sanchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96.

2 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke

Association [Internet]. [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000375

ID: 12315

ESTRATEGIA CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR ESTABLECIDA EN UN CENTRO DE SALUD PARA REDUCIR LAS PRESCRIPCIONES CONCOMITANTES DE FÁRMACOS IMPLICADOS EN LA INTERACCIÓN TRIPLE WHAMMY

CASADO REINA, CRISTINA [1]; FLORES GRANDE, YOLANDA [2]; AGUADO RODRÍGUEZ, ELENA [2]; TUTOR OVEJERO, MARGARITA [2]; BALLESTER PASTOR, LOURDES [2]; PÉREZ QUINTANA, MARÍA DEL MAR [2]

[1] DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERMAS, [2] CENTRO DE SALUD MIRAFLORES-DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERMAS

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Triple Whammy, multidisciplinar, farmacéutico atención primaria, Aine, Isra, diurético, fallo renal

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En un centro de salud (CS) a febrero/22 se identificaron 154 prescripciones concomitantes de: inhibidor sistema renina angiotensina (ISRA), diurético y antiinflamatorio no esteroideo (AINE), triplete que produce la "Interacción Triple Whammy (TW)" caracterizada por incrementar riesgo de fallo renal agudo, sobre todo en los 30 primeros días. Los pacientes de edad avanzada son más vulnerables.

ANÁLISIS

Un grupo promotor multidisciplinar del CS: Farmacéutica Atención Primaria (FAP), 3 médicos (MF), enfermera y miembro de Unidad Administrativa, se reunió para identificar barreras y facilitadores:

Barreras:

- Falta de conocimientos de los profesionales del CS sobre el riesgo asociado a TW Falta de un sistema de alerta en el módulo de prescripción al instaurar una nueva TW
- Imposibilidad de detección de TW iniciadas por profesionales externos al CS hasta que el paciente acude al CS Falta de tiempo de los médicos para valorar todos los casos
- Posibilidad de aparición de nuevas TW durante el año

Facilitadores:

- Predisposición de todos los profesionales del CS
- La FAP puede identificar pacientes con prescripciones TW mediante la herramienta autonómica de análisis de prescripción y apoyar en su revisión

PLANES DE ACCIÓN

Impartir 3 sesiones formativas por la FAP: una más amplia y 2 recordatorias.

Identificar, revisar y actuar, sobre las prescripciones TW en 4 cortes entre febrero/22-diciembre/22: Identificación realizada por la FAP

Revisión realizada directamente por los MF o primero por la FAP, quien incluía su valoración en nota de historia clínica

Actuación llevaba a cabo por los MF Variables recogidas:

- Edad/sexo.
- Duración de prescripción del AINE: Crónica(C), crónica "a demanda"(C(d)), aguda >1mes(A+) y aguda≤-1mes(A-).
- Al 1-1,5meses de cada corte se valoraría si se habían solucionado las TW y cómo: Sin cambio, Retirada-AINE, Sustitución-AINE, Retirada-diurético, Sustitución-diurético, Retirada-ISRA, Sustitución- ISRA. Si no se solucionaba, se volvía a identificar/revisar en el siguiente corte.
- Cuantificar y describir las modificaciones realizadas en las TW identificadas/revisadas.
- Evaluar la variación de TW entre en el corte inicial(febrero/22) y tras un año(febrero/23=5ºcorte).

RESULTADOS

Se impartieron las 3 sesiones acordadas.

Entre los 4 cortes se identificaron/revisaron 234 TW, correspondientes a 215 pacientes (edad media=65,5[37-90] años; 73,0%=mujeres): 10 pacientes tenían duplicidad AINE (se consideró doble TW) y 9 tuvieron TW diferentes en 2 cortes. El 100% de TW estaban solucionadas a febrero/2023: Retirada-AINE=89,3%; Sustitución-AINE=7,3%; Retirada-diurético=1,7%; Sustitución-diurético=0,4%; Retirada-ISRA=0,9%; Sustitución-ISRA=0,4%.

La reducción de prescripciones TW al año fue del 85,4%:

Febrero/22: 164 TW (154 pacientes, edad media=65,8[41-90]años): C=52,4%; C(d)=28,7%; A+=8,5%; A-=10,4%.
Febrero/23: 14 TW (14 pacientes, edad media=57,8[40-78]años): C=21,4%; C(d)=14,3%; A+=7,1%; A-=57,1%.

Ninguna mantenida de los cortes Febrero/2022-Diciembre/2022.

Referencias

1 "Aspectos de seguridad de los AINE. Riesgo cardiovascular y renal-triple Whammy". INFAC. 2021;29(4). Disponible en: INFAC-Vol-29-n-4_AINE-seguridad.pdf (euskadi.eus)

2 Aranguren Ruiz I, Elizondo Rivas G, Azparren Andia A. Consideraciones de seguridad de los AINE. Bitn. 2016;24(2). Disponible en:

https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CFA8CDF9-77DA-47BD-8B0B-7C961EFF550B/358992/Bit_v24n2.pdf

3 Lapi F, Azoulay L, Yin H, Nessim S, Suissa S. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non- steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study. BMJ 2013; 346 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.e8525

ID: 12318

Cultura de seguridad en el cuidado de las heridas: comunicar incidentes para mejorar la práctica.

Rivera-Alvarez, Araceli

Centro de Salud Abrantes

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: Cuidados, heridas.

La variabilidad clínica en el cuidado de las heridas así como la selección de los productos para su cura pueden dar lugar a incidentes de seguridad en los que la detección y análisis contribuyen a mejorar la práctica clínica. Presentamos dos casos ocurridos en el centro durante la continuidad asisitencial en los que se realizan curas con una selección inadecuada de los productos e interviene más de una enfermera.

Caso 1: Mujer de 75 años con antecedentes de diabetes y enfermedad cardiovascular que presenta herida en talon del pie izquierdo con presencia de tejido necrótico, ausencia de pulsos pedios y pendiente de valoración para revascularización. Su enfermera realiza cura "seca" con aplicación de antiseptico y explica a la familia de como realizar las curas durante el fin de semana. Acude a las 72 horas para revisión, atendida por otra enfermera realiza cura que no registra en la historia de la paciente. Al día siguiente su enfermera realiza llamada de seguimiento, la paciente no acude presencial porque se encuentra fuera de la localidad, la familia informa de aumento de dolor en el talon, mayor exudado en la herida donde le aplicaron un apósito de cura húmeda en la cura previa. Como el primer día se les informo de la etiológia y razones de la cura han retirado el apósito y reiniciado cura seca con povidona yodada.

Caso 2: Mujer de 29 años que acude de urgencias por mordedura de perro en mano, herida abierta de 1cm, no profunda, vacunación al día. La enfermera aplica pegamento cutáneo, según consta en la historia. La paciente acude nuevamente de urgencias al día siguiente para consultar dudas sobre el aspecto de la herida y cuidados en domicilio. No presenta signos de infección, herida abierta, bordes bien definidos y lecho limpio. Revisadas las recomendaciones, no hay indicación de sutura en este tipo de herida y se debe evitar el sellado con adhesivo tisular de cinoacritato.

ANÁLISIS REALIZADO

La enfermera que identifica los incidentes los comunica en CISEM y a la responsable de seguridad del centro. Se realiza análisis siguiendo las recomendaciones del Protocolo de Londres con entrevista a los profesionales implicados. Se identifican como factores contribuyetes: factores ligados a la tarea, como el desconocimiento de protocolos vigentes; formación insuficiente en el manejo de las heridas; información sobre el paciente, ausencia de datos en la historía clinica, no revisión de anotaciones previas. Barreras identificadas para evitar daños: el conocimiento de los cuidadores, accesibilidad de protocolos.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE.

Una cultura de seguridad en el centro facilita que los profesionales comuniquen incidentes de seguridad, analicen las acciones inseguras y se puedan proponer barreras para prevenirlos tanto en el centro como en la organización con la comunicación a la Unidad Funcional de Riesgos. La entrevista con los profesionales durante el analisis contribuye a la formación continuada en seguridad y mejoras en la práctica clinica.

Referencias

1 Banco de Preguntas Preevid. Ante mordedura de perro ¿Se debe suturar la herida? ¿Cuando? ¿Se recomienda profilaxis antibiótica? Murciasalud, 2015. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid/20819

2 Gerencia asistencial de Atención Primaria. Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Madrid 2021

3 Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.

ID: 12327

ERROR DE IDENTIFICACIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO EN LOCALIDAD CON ALTO ÍNDICE DE POBLACIÓN EXTRANJERA

Téllez Barragán, María Claudia [1]; Martín Molina, Raquel [2]; Aguilar Hurtado, Maria Elena [3]; López Palomo, Fátima [4]; Muñoz Moreno, Antonio [4]; Viver Gómez, Susana Maria [1]

[1] C.S.Dr.Luengo Rodríguez, [2] C.S. Vila del prado, [3] Dirección asistencial Oeste, [4] C.S. Villa del Prado

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Participación del paciente en su seguridad

Palabras clave: Identificación del paciente

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

Paciente varón de 8 años de edad de procedencia árabe con nombre y apellidos propios de su país de origen, acude al Centro de Salud en compañía de su madre

Entrar en consulta sin previo aviso aprovechando la ausencia del niño que estaba siendo llamado con la misma edad y nombres aparentemente similares.

Es prescrito por su pediatra con fenoximetilpenicilina por presentar faringoamigdalitis aguda, con prueba previa rápida de estreptococo positivo.

El antibiótico prescrito no fue dispensado en la farmacia por no estar registrado.

Tuvieron que regresar al Centro de Salud a solicitar nueva receta.

La pediatra, había hecho el registro en la HC del paciente ausente.

ANÁLISIS

Realizamos un protocolo de Londres.

El paciente y su madre entraron en consulta, sin confirmar la identidad Es aconsejable que los pacientes porten su tarjeta sanitaria y/o documento de identidad para enseñarlo al entrar en las consultas

La madre recibió la receta electrónica sin confirmar la identidad Es importante que los pacientes y/o acompañantes confirmen nombres y apellidos de cualquier documento que se les facilite en su Centro de Salud Conclusión Los errores de identificación:

Pueden ocasionar incidentes de confusión con daño al paciente

Pueden favorecer la presencia de registros erróneos que conllevan un mal diagnóstico o tratamientos inapropiados

ENSEÑANZA

Es necesario promover la responsabilidad del paciente. Su participación asegura una mejora en la calidad asistencial aumentando la seguridad del paciente

El error de identidad, puede ocasionar incidentes de confusión con daño al paciente y/o favorecer la presencia de registros erróneos que conllevan un mal diagnóstico o tratamientos inapropiados

ID: 12335

Conciliación farmacológica en la continuidad asistencial de un paciente frágil: a propósito de un caso.

Gomez-Escalonilla Lorenzo, Beatriz [1]; Martínez Benedicto, Beatriz [2]; Moreno Cabello, Esther [3]; Susín López, Daniel [4]; Julián Atienza, Raquel [2]; Jaime Jaime, Raúl [5]

[1] CS Santa Maria de Benquerencia, [2] Centro de Salud de Benquerencia, [3] Centro de Salud de Torrijos, [4] Centro de Salud de Buenavista, [5] Centro de Salud Benquerencia

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: Conciliación de medicamentos, errores de medicación, educación para la salud, seguridad del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 82 años que ingresó por fractura de fémur izquierdo el 11/10/2022. Antecedentes: HTA y baja visión. Funcional: necesita ayuda para vestido, baño, resto ABVD independiente (Barthel=70). Sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 1 error). Es intervenido el 14/10/2022. A las 48 horas presenta sintomatología neurológica (movimientos tónicos de MSI, disartria y desviación de la comisura bucal), junto con ECG con flutter auricular no conocido. Se inicia tratamiento con acenocumarol. Al alta (11/11/2022) no presenta sintomatología neurológica. Es capaz de andar con andador de ruedas con ligera necesidad de ayuda.

Tras alta hospitalaria, el 15/11/2022 la enfermera de familia acude al domicilio para realizar control INR. Al revisar la medicación al alta y el pastillero preparado en la Farmacia, se detecta que tiene más pastillas de las que tiene pautadas. En el informe de alta está escrito la retirada de alprazolam, ácido acetilsalicílico y enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mgr., pero en la historia clínica continúan figurando estas medicaciones por lo que siguen activas y han sido preparadas en Farmacia y el paciente lo ha estado tomando. Se contacta con su familia (hija) para que vaya a la Farmacia y se modifique el pastillero. A partir de ese día toma la medicación según informe (amlodipino 5 mgr./24 h; pregabalina 25 mgr./8 h; trazodona 50 mgr./24 h; metamizol 575 mgr./8 h; acenocumarol).

El 18/11/2022 el paciente fue valorado por episodio de hipotensión.

ANÁLISIS REALIZADO

Los factores contributivos identificados en el análisis causa-raíz de este incidente son:

- **Paciente**: Persona con baja visión severa que le impide reconocer su medicación.
- **Ambiente**: El pastillero que tienen en el domicilio tiene las pastillas en las tomas correspondientes pero no está identificado qué medicamentos tiene en cada toma.
- **Individuo**: Al alta se escribe en el informe la retirada de los medicamentos, pero no se retira de la hoja de medicación de la historia por lo que continúan activos para que puedan ser dispensados en Farmacia.
- **Formación**: Necesidad de formación de los profesionales en comunicación para comprobar que el paciente y sus familiares han comprendido los cambios en el tratamiento.
- **Equipo de trabajo**: En este caso se detecta el error en la visita realizada en domicilio por la enfermera de familia.

MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA

Revisión situación del paciente y cambios en el tratamiento tras alta por el Equipo de Atención Primaria.

Comunicación con la familia para subsanar el error lo antes posible.

Comunicación al SINASP para evitar otros errores similares.

CONCLUSIONES/ APRENDIZAJE.

Se constata como fundamental la continuidad asistencial que realiza el Equipo de Atención Primaria al alta para conseguir la conciliación farmacológica.

Es necesaria la comunicación de este tipo de incidentes de seguridad para evitar que se produzcan de nuevo.

ID: 12337

Resultados de estrategias de la comisión de farmacia de atención primaria en potenciales incidencias de seguridad en el uso de la medicación

Barba Ávila, Olga [1]; Rovira Illamola, Marina [2]; Sans Corrales, Mireia [1]; Clos Soldevila, Joan [1]

Cap Comte Borrell, [2] Hospital Clínic, Cap Comte Borrell

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Safety-seguridad Medication review-revisión de medicamentos Pharmacy Research-investigación en farmacia

Resultados de estrategias de la comisión de farmacia de atención primaria en potenciales incidencias de seguridad en el uso de la medicación

OBJETIVOS

Analizar los resultados de las estrategias impulsadas por la comisión de farmacia de atención primaria (CFAP) en potenciales incidencias en la prescripción de medicamentos para evitar problemas de seguridad en los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La CFAP, integrada por médicos de familia, enfermeros y farmacéutica, promovió las estrategias de revisión de incidencias potenciales de seguridad (IPS) relacionadas con el uso de la medicación en el periodo de mayo y junio de 2022. Las incidencias seleccionadas fueron:

- Pacientes ≥75 años con triple whammy (inhibidor del sistema renina angiotensina + antiinflamatorio no esteroideo + diurético), por el incremento de riesgo de insuficiencia renal.
- Pacientes con antiespasmódicos urinarios y ≥2 absorbentes de incontinencia urinaria al día, indicativo de ineficacia de los primeros y riesgo de efectos adversos asociados.
- Pacientes con ≥3 benzodiazepinas o fármacos relacionados, por el mayor riesgo de sedación, alteraciones cognitivas y riesgo de caídas.
- Pacientes ≥75 años con medicación gastrolesiva sin inhibidor de la bomba de protones (IBP), por el incremento de riesgo de hemorragia digestiva.
- Pacientes con anticolinérgicos urinarios y fármacos para la demencia de acción colinérgica, por el efecto antagónico entre ellos.
- Pacientes con coxibs, diclofenaco o aceclofenaco y fármacos indicadores de patología cardiovascular, por el incremento de riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Para cada IPS se envió por correo electrónico información a los médicos de familia del centro, advirtiendo sobre las consecuencias clínicas, promoviendo su revisión junto con recomendaciones. Se generaron visitas virtuales no presenciales en la agenda de los médicos para la revisión de las incidencias. Se comparó el número de pacientes afectados por las incidencias seleccionadas entre abril y septiembre 2022.

RESULTADOS

Se detectaron n=107 pacientes con IPS en los que promovió su revisión consiguiendo una reducción del 25% (n=80). Siendo las IPS más presentes: triple whammy en un 37%, antiespasmódico urinario y ≥2 pañales/día un 36% y ≥3 benzodiazepinas en 16%.

El número de pacientes afectados por cada IPS en (abril 2022, septiembre 2022) fue: triple whammy (40 a27), antiespasmódico urinario y ≥2 pañales/día (38 a 30), ≥3 benzodiazepinas (17 a 13), ≥75 años medicación gastrolesiva sin IBP (6 a 5), anticolinérgicos urinarios y fármacos colinérgicos para la demencia (4 a 4), y coxibs, diclofenaco o aceclofenaco y fármacos para patología cardiovascular (2 a1).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El trabajo colaborativo multidisciplinar y disponer de tiempo específico para la revisión de la medicación puede contribuir a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y repercutir en un beneficio para el paciente.

ID: 12383

El impacto de los incidentes de seguridad en los profesionales (segundas víctimas)

Abad Schilling, Clara [1]; López Palacios, Sonia [1]; Antón Barca, Cristina [1]; García Elez, Ana Belén [2]; González Jiménez, Ana [2]

Dirección Asistencial Centro, [2] Madrid

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Medical mistake, Risk Management, Wrong procedures errors

DESCRIPCIÓN DEL CASO

En el contexto de la campaña de vacunación de la gripe de manera centralizada un menor recibe una inyección usada (no tenía carga vacunal y tiene potencial riesgo biológico). Se contacta con el centro, avisan a los familiares y a los 4 pacientes posibles fuentes de contagio para serologías. Se confirma que las serologías son negativas, se cita al menor para vacunarle. Todas las actuaciones se realizan siguiendo la Guía de Actuación para la Gestión de Eventos Adversos Graves en AP.

ANÁLISIS REALIZADO

El manejo de la situación debe ser pausado, disminuyendo los riesgos del menor y no culpabilizando a la enfermera implicada en esta situación. Las fases fueron:

- **Respuesta inmediata al EA**: la enfermera se da cuenta de la situación y espera que se vaya el niño. Recapacita y se lo cuenta a sus compañeras que consultan con la Responsable de Enfermería y con el departamento de Calidad.
- **Preparación y análisis inicial**: El equipo acompaña a la enfermera que es la segunda víctima y repasan lo sucedido.
- **Comunicación**: la Responsable de enfermería habla con la familia telefónicamente, citan con el pediatra y se le explican los pasos a seguir. Se avisa a la Dirección Asistencial y al departamento de Calidad y Seguridad y se registra un incidente a través de CISEM.
- **Seguimiento**: Desde la Dirección Asistencial se mantiene contacto con Calidad, con el centro de salud y Medicina Preventiva del hospital. Se entrevista fuera del centro a la enfermera. Una semana después se contacta con la enfermera para ver evolución y ofrecer ayuda en caso de ser necesaria. Se realiza visita al centro y se agradece la gestión y el apoyo a la segunda víctima.

REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN

Se aportan todos los documentos que se solicitan desde el departamento de Calidad. Se registra en AP Madrid las actuaciones realizadas. Se comprueba al día siguiente el resultado de las serologías de las 4 posibles fuentes que es negativo.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Según la metodología de la espina de Ishikawa, se analizan los problemas de organización externa, interna, problemas estructurales y de los profesionales. La conclusión principal es que las vacunas no tienen cierre de seguridad y la vacunación centralizada con niños y adultos puede traer problemas de seguridad.

La situación que hemos comentado finalmente ha sido un evento centinela.

El apoyo entre iguales y el apoyo de la institución han sido las herramientas de gestión en este caso.

Queremos destacar la importancia de la gestión desde el punto de vista de las 2ª víctimas. Los profesionales que se han visto en esta situación experimentan una reacción emocional negativa que dificulta desempeñar la labor asistencial, provocaun sentimiento de culpa que puede dar lugar a una situación de estrés postraumático e incluso conducir a abandonar la profesión. El adecuado abordaje del fenómeno de las segundas víctimas contribuye a la seguridad de los pacientes.

Referencias

1 Jones, J.H., Treiber, L.A. (2012). When nurses become the «second» victim. Nurs Forum, 47, 286-91.

2 Mira, J.J., Lorenzo, S., (2015). En nombre del Grupo de Investigación en Segundas Víctimas. Algo no estamos haciendo bien cuando infor-

mamos a los/las pacientes tras un evento adverso. Gac Sanit. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004

3 Mira, J.J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F. et al. (2015). Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in

second and third victims. BMC Health Serv Res., 15, 341.

4 Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L.W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. Qual Saf Health Care, 18, 325-30.

5 Van Gerven, E., Seys, D., Panella, M., Sermeus, W., Euwema, M., Federico, F. et al. (2014). Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of

management in supporting their workforce. Pol Arch Med Wewn, 124, 313-20.

6 Wu, A.W. (2000). Medical error: the second victim. BJM, 320, 726-27.

ID: 12389

LA TRANSVERSALIDAD DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: POTENCIANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Gracia Moliner, Maria de la O; Galán Gutiérrez, Maria Teresa

C S Garcia Noblejas

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Seguridad del paciente, cultura de seguridad, atención primaria, no hacer, desprecripción

ANÁLISIS / OBJETIVOS

Entendiendo la Seguridad del paciente (SP) como una dimensión transversal presente tanto en los aspectos organizativos, como asistenciales y preventivos del día a día de un centro de salud, se evidencia como algo fundamental el potenciar la Cultura de Seguridad entre todos los miembros del Equipo.

La SP es, asimismo, una dimensión básica de la Calidad asistencial y, por tanto, consideramos que está íntimamente ligada a la realización de acciones para promover prácticas clínicas adecuadas y disminuir la variabilidad asistencial intra-centro.

Aspirar a una asistencia integral y segura, a la mejora continua de la eficiencia y efectividad, incluyendo la SP de forma transversal en todo ello, debe ser el eje de nuestra actividad diaria y estar en constante revisión en el centro. El procesamiento de datos que desde la Organización se hace a través de diferentes aplicativos, nos da la oportunidad de realizar análisis de estos aspectos clave y así entender mejor nuestras fortalezas y dificultades como equipo y también a nivel individual.

Algunas de las dificultades identificadas a la hora de la implementación de estos conceptos entre los profesionales del centro de salud son:

Carga asistencial

Inercia organizativa, clínica y terapéutica

Tendencia a focalizar el trabajo en aspectos fundamentalmente clínicos, relegando los aspectos de Calidad y SP Incorporación de nuevos profesionales sin formación específica en este campo

MATERIAL Y MÉTODOS

Promover en el Equipo la Cultura de SP con énfasis en su dimensión transversal

Contribuir a la disminución de la variabilidad clínica y a la mejora de la eficiencia y efectividad Fomentar el trabajo en equipo

RESULTADOS

Formación específica en SP y Calidad:

Curso de actualización de CSE, con implicación docente de diferentes categorías profesionales Curso de Higiene de manos para profesionales sanitarios y no sanitarios

Sesiones programadas:

- Revisión de Recomendaciones de Seguridad Generalizables (semestral) Polimedicado y deprescripción
- Inercia terapéutica Recomendaciones de NO HACER
- Presentación de los nuevos protocolos de la Organización Gestión de incidentes y atención a segundas víctimas
- Mejora de la gestión de datos y resultados mediante:
- Uso de información clínica relevante de programas establecidos: con listados de pacientes en los que se hayan identificado situaciones que pueden comprometer la SP
- Promoción del seguimimiento de los resultados ofrecidos por la Organización, especialmente en aquellos puntos que puedan comprometer la SP
- Impulso de la comunicación y análisis de incidentes de Seguridad (difusión de herramientas de notificación, inclusión del tema en reuniones de equipo semanales...)

- Revisión de la implementación adecuada de las acciones propuestas, análisis de las dificultades surgidas y resultados (CSE, Contrato Programa, encuesta a los profesionales...). Detección de nuevas necesidades

CONCLUSIONES

Mejora de la Cultura de Seguridad en el Equipo.

Mejora en los resultados medibles relacionados con la misma (en CSE, Farmacia, Eficiencia y Sostenibilidad)

Referencias

1 Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization; 2021. Geneva. Disponible en: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve

2 Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. 2015. Madrid. Disponible en

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/897_915_bvcm017852_0.pdf

3 Ministerio de Sanidad Proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_s scc.htm

4 Aranaz J., Aibar C., Vitaller J., Mira J., Orozco D., Terol E., Agra Y., Estudio APEA.S.: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud

[Internet].2008.Ministerio de Sanidad y ConsumoMadrid en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/do cs/estudio_apeas.pdf

5 Borrell Carrió F.: Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Aten Primaria. 2012; 44: pp. 417-424.

6 Tranche Iparraguirre S., Fernández M., Galindo G., et all La inercia terapéutica de la Atención Primaria Atención Primaria volumen 53 Número 10 Páginas 102240 diciembre de 2021

7 Esteban Jiménez Ó., Arroyo Aniés M.P.,m Vicens Caldentey C. et all: Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor

medicina Atencion Primaria volumen 50 Número Suppl 2 Páginas 70-79 noviembre de 2018

8 Leonardo Arriagada , Tamara Carrasco , and Mikol Araya [2] · Polifarmacia y deprescripción en personas mayores Revista Médica Clínica Las Condes volumen 31 Número 2 Páginas 204- 210 marzo de 2020

9 Rotaeche del Campo R, Gorroñogoitia Iturbe A. Reflexiones sobre la atención primaria del siglo xxi [Reflections on primary care in the 21st century]. Atención

Primaria Práctica. 2022 Dec;4:100159. Spanish. doi: 10.1016/j.appr.2022.100159. Epub 2022 Nov 29. PMCID: PMC9707514.

10 Saura Llamas J, Lázaro Gómez MJ, Jurado Balbuena JJ. Seguridad del Paciente en las consultas de Atención Primaria. Sesiones Clínicas en APS. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC ediciones [Internet]. Barcelona. 2012. Disponible en: https://www.semfyc.es/wp- content/uploads/2017/02/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf

11 Ministerio de Sanidad y Consumo. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. Versión Española de la Guía: Seven steps to patient safety for

primary care . NHS. The National Patient Safety Agency [Internet]. London. 2005 en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/do cs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf

12 SemFYC. Recomendaciones NO HACER. 2016. Disponible en:https://www.semfyc.es/wp- content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf

ID: 12392

Cultura de seguridad en los informes de alta enfermeros en pacientes ileostomizados

Sotillo-León, Ana
CS Abrantes

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Identificación inequívoca, seguridad en los traspasos asitenciales, comunicación efectiva,...
Palabras clave: "ileostomía" "informe de alta enfermería""cuidados nutricionales"

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de tercera edad diagnosticado de adenocarcinoma de recto que precisó de la técnica quirúrgica, resección anterior baja, que requirió un estoma, en concreto, una ileostomía reversible. En la planta de hospitalización correspondiente, sus enfermeras responsables mediante educación para la salud le impartieron los conocimientos, cuidados y manejo necesario para su ileostomía. Debido a su mejora, se le da de alta al paciente dándole su correspondiente informe de alta médica e informe de alta enfermera con las recomendaciones de cuidado de cirugía abdominal.

El paciente siguió las recomendaciones alimentarias del informe de alta. Esta situación hizo que presentara diarreas de forma continua, con sensación de debilidad y malestar general que propició que acudiera a atención primaria, donde se le indicó que el tránsito de la ileostomía tarda tiempo en regularizarse y que la situación diarreica entraba en situación de normalidad. Al acudir a su estomaterapeuta para la revisión a la semana del alta se evidenció su deshidratación y la pauta dietética errónea junto a su pérdida de peso acentuada, por tanto, se le derivó al servicio de urgencias hospitalarias donde fue diagnosticado de deshidratación con fracaso renal agudo.

ANÁLISIS REALIZADO

Realizando el análisis según la espina de pez de Ishikawa encontramos diversas causas; una ellas sobre el personal, que presenta falta de formación y conocimiento sobre el proceso y tipos de estoma, así como diferente capacidad de informar y transmitir los conocimientos. También influye el entorno laboral donde hay un excesivo ratio enfermera/paciente que aumenta el estrés y sobrecarga, que dificulta el impartir cuidados de calidad. Por otro lado, la organización carece de revisión de dichos informes que tampoco fueron revisados en atención primaria, además la enfermera que lo desarrolla puede no haber realizado la continuidad de cuidados en la unidad de hospitalización, lo que dificulta la individualización.

También es importante el registro electrónico de la ileostomía en la historia clínica. Las características del paciente también están presentes, su capacidad de incorporar su autocuidado, de contrastar la información impartida con la que se indica en el informe de alta, así como su edad.

CONCLUSIONES

Este evento está producido por multitud de causas y factores, en este caso, los informes de alta son una herramienta legal con responsabilidad para el profesional que lo entrega, que se debe explicar al paciente y releer con él para resolver dudas y posibles contradicciones. Además, Atención Primaria, revisándolos ayuda a la continuidad de cuidados junto a la figura de la estomaterapeuta, integrando de la misma forma al paciente que será el protagonista en la cultura de seguridad para reducir los incidentes y daños en la práctica clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor manifiesta que carece de conflicto de intereses.

Referencias

1 Emilia Cancer Minchot, Gloria Cánovas Molina, Eva Ma Delgado Olivencia y Alicia Moreno Borreguero. Unidad de Nutrición, Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Octubre de 2018

2 Nuño, P. Diagrama de ishikawa.(2017).

3 Academy of Nutrition and Dietetics (AND). Nutrition Care Manual: Ileostomy; 2014. Disponible en: http://nutritioncaremanuel.org

ID: 12394

La importancia de la continuidad de cuidados en el manejo correcto del catéter vesical

Benlliure Falcó, Irene
CS Abrantes

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria
Palabras clave: Catéter urinario; Infección; Atención domiciliaria

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente portador de sondaje vesical avisa en turno de mañana por salida de orina perisonda y acude la enfermera encargada de los avisos a domicilio. La enfermera realiza un lavado vesical, ya que, a raíz de la última visita al Servicio de Urgencias Hospitalarias, el paciente lleva puesta una sonda de 3 luces. Al realizar el lavado, se da por solucionado el problema, mientras que la familia insiste en la salida persistente de orina. La enfermera recomienda reforzar la contención de orina con "esparadrapo de papel", a falta del tapón pertinente.

Pasados dos días, recibimos un aviso durante la tarde por parte de la familia del paciente por la insistente salida de orina perisonda. Acudimos a domicilio y observamos salida de escasa orina de aspecto piúrico. Retiramos con dificultad el esparadrapo colocado por la mujer del paciente para evitar la salida de la orina, desinflamos el balón y retiramos la sonda para proceder a un nuevo sondaje por obstrucción del catéter vesical actual. Al realizar dicho procedimiento, observamos la salida de 1000 cc de orina. Esta salida provoca la descompresión de la vejiga, causando fuertes dolores en el paciente.

ANÁLISIS REALIZADO

En el análisis llevado a cabo según la espina de pez de Ishikawa, se analizan 4 aspectos: personal, entorno, procedimiento y organización. En cuanto al personal, se objetiva la necesidad de mayor formación respecto a los diferentes tipos de sondas y sus manejos. Respecto al entorno, destaca el hecho de no disponer de material necesario al encontrarse en un domicilio, así como la imposibilidad de poder contrastar información con otros integrantes del equipo de enfermeras. En cuanto al procedimiento, se ha realizado con desconocimiento y con falta de atención centrada en el paciente y su proceso. Respecto a la organización, ha existido una falta de continuidad de cuidados al alta del paciente, así como de revisión de su historia clínica antes de acudir al aviso domiciliario.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Como conclusión del caso analizado, es necesario ampliar la formación de diversos aspectos relacionados con el manejo del sondaje vesical en domicilio, así como las complicaciones que pueden darse a lo largo del proceso de atención. Todo esto puede contribuir a una mejor atención y una disminución de la tasa de infección asociada al sondaje vesical, en este caso en un paciente dependiente a domicilio.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor manifiesta que no hay conflicto de intereses.

Referencias

1 Reyes Mancilla A, Rivas Herrera J. Factores de riesgo en infecciones del tracto urinario asociadas a instalación de catéter vesical en adultos. México. 2021.

2 Vallverdú Vidal M, Barcenilla Gaite F. Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. España. 2019

3 Ministerio de Sanidad, Semicyuc, SEEIUC. Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. España. 2018-2020

4 Colegio Oficial de Enfermería de Melilla. Recomendaciones para disminuir el riesgo de infección urinaria en el sondaje vesical y cuándo cambiarlas. España. 2022.

ID: 12406

DEPRESCRIPCION DE SUJECIONES QUIMICAS EN CENTROS RESIDENCIALES

Melgar Borrego, Ana Belen [1]; Peral Bolaños, Cristina [2]; Santolalla Garcia, Isabel [2]; Bellido Hernández, Ana Maria [3]; Cejas López, Joselvis Virginia [2]; Vega Ruiz, Laura [2]

Unidad de atención a residencias. Direccion Asistencial Sureste. SERMAS, [2] Direccion Asistencial Sureste, [3] Direccion Asistencial Sureste.

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Paciente institucionalizado. Sujeción Química. Seguridad de paciente. Continuidad Asistencial.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En la atención asistencial en centros residenciales (CR) se pone de manifiesto el sobreconsumo de fármacos de grupos terapéuticos que se pueden considerar sujeciones químicas, benzodiacepinas, neurolépticos, hipnóticos sedantes, antidepresivos sedantes y antiepiléticos sedantes, pudiendo provocar en los residentes sedación, problemas relacionados con la medicación (PRM), limitación en su actividad física y empeoramiento de su enfermedad mental de base.

El uso de estos psicofármacos a dosis altas o en asociación, convierte una situación excepcional en cuasi normalidad con la posible afectación en la seguridad del paciente.

Es una cuestión compleja, el determinar en la revisión de tratamiento si el fármaco fue utilizado como sujeción, restricción o contención química, ya que eso contempla una intencionalidad como requisito y esto no es fácil de desvelar.

ANALISIS

Existe un equipo interdisciplinar que realiza visitas a los CR en consenso con el equipo de la misma, lleva a cabo valoraciones integrales y según las necesidades detectadas abordan diferentes tipos de asistencia.

Entre estas actividades, las revisiones sistemáticas de tratamiento, se considera crucial en la prevención de las sujeciones, con el objetivo de evitar problemas relacionados con la medicación, consumo inadecuado, y potenciar el uso racional del medicamento.

PROPUESTA DE MEJORA

Tras el análisis, proponemos el siguiente proceso asistencial al CR:

En la valoración integral del paciente, conciliamos y revisamos el tratamiento cotejando la hoja de medicación del CR con la prescripción electrónica.

Se realiza la revisión de tratamiento según criterios de indicación, adecuación, efectividad y seguridad, coordinándose con otros niveles asistenciales si es preciso. Se emiten recomendaciones sobre los PRM detectados y en la reunión con el equipo del CR se valora la propuesta, en consenso por ambos niveles asistenciales.

En los casos de deprescripción se realiza seguimiento y monitorización por parte de los equipos asistenciales implicados.

RESULTADOS OBTENIDOS

Desde enero del 2022 se han realizado 577 revisiones de tratamiento en pacientes institucionalizados de 13 CR de diferentes características. De estas, 145 tenían algún principio activo implicado en los grupos farmacológicos relacionados con las sujeciones químicas. Los principios activos que más se detectaron fueron: quetiapina, lorazepam, trazodona, mirtazapina y risperidona.

Se registraron 334 PRM con principios activos implicados en sujeciones químicas, de los cuales los más destacados fueron:

- Error de conciliación, interacción, dosis y pauta posológica, duplicidades, otra alternativa más adecuada y duración del tratamiento.
- En cuanto a la resolución de los PRM, el 70% fue aceptada por el medico responsable, el 7% quedó pendiente y el 23% no se resolvió, en su mayoría por justificación clínica, seguido de no valorables por exitus o desplazado y de prescripción realizada por otro especialista.

ID: 12413

MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS DE ANATOMIA PATOLÓGICA DESDE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMÀRIA

Fernández Cuervo, Judit

CAP CAn Trias-Ernest Lluch-MutuaTerrassa

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Protocolo, procedimiento

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: La declaración de eventos adversos de seguridad del paciente 2020, evidencia que 6,5% del total de incidencia recibidas por anatomía patológica proceden de atención primaria. Mayoritariamente prediagnósticas:

- Un 6'5% de los eventos adversos de seguridad del paciente en el Servicio de anatomía patológica en 2020 tuvieron su origen en Atención Primaria. Las causas fueron:
- Problemas de Identificación
- Malas condiciones de recepción
- Información incompleta en la solicitud
- Pérdida de la muestra

Se constituyó un grupo de trabajo formado por Anatomía patológica, Atención Primaria, logística y organización.

OBJETIVO

Definir e implantar un sistema de transporte de las muestras enviadas desde atención primaria y disminuir el número de eventos adversos.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Dispersión geográfica: 9 centros de atención primaria y 3 consultorios locales.

Transporte por centro: Muestras sin carácter de urgencia que pueden incorporarse al circuito de recogida de muestras de laboratorio establecido.

Método de transporte: Las muestreas se envían dentro de un sobre de papel por correo interno o transporte de ropa por lo que no cumplen protocolo de envío de muestras

Entrega de muestras: Servicio de reprografía, un celador las recoge y lleva al destino final. Los riesgos detectados en el transporte son:

- vuelco de la muestra (no bien cubierta de formol)
- rotura del sobre (daños en la muestra)
- apertura del sobre (pérdida de muestra)
- identificación muestra-petición

Circuito interno de la muestra: Desde la extracción hasta punto de recogida

Riesgo detectado: Variabilidad entre centros y manipulación de formol

PROPUESTAS DE MEJORA

Sistema de monitorización de transporte M-TRak: Permite trazabilidad del contendor de muestras.

Transporte de muestras en recipientes adecuados

Verificación de muestras en origen (salida) y destino (llegada)

Establecer circuito de transporte de muestras diario, que agiliza el diagnóstico y facilita la detección y gestión de incidencias Formación del personal para preparar formol e identificar muestras.

PLAN DE ACCIÓN

Noviembre-diciembre 2021: Propuesta de contenedores homologados para el transporte de muestras y aprobación del presupuesto de compra.

Enero 2022: Ronda de seguridad con revisión circuito, definición del punto de recogida y equipamiento necesario para verificación de salida (pc y lector de código de barras). Formación en manipulación y etiquetado de muestras.

Febrero 2022: Formación transportistas y entrega contenedores y matrículas a los centros. El día 28 inicio de la prueba piloto. Marzo- junio 2022: Despliegue en los centros.

Octubre 2022: Análisis incidencias

RESULTADOS:

Reducción de incidencias en identificación y transporte al 1,9% respecto del total de muestras recibidas en 2022

Protocolo validado.

ID: 12431

La calidad y seguridad nuestra mayor preocupación

Lavado Bahón, Antonio Nicolás; Recio Fernández de Sevilla, Josefa; Millan Plaza, María Dolores; Goicoechea Núñez, Maria; Beato Cordoba, M. Teresa; Merino Garcia, Pilar

CS Monterrozas

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: Seguridad, laboratorio, muestras, analíticas, registro

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En nuestro centro de salud ha aumentado mucho el volumen de analíticas de sangre y recogida de muestras, esto puede hacer que se produzcan más errores y por ende ofrecer menos calidad asistencial. Se producen perdidas de muestras no identificadas correctamente, en numerosas ocasiones, los pacientes acuden con un volante de analítica del hospital que no está informatizado en nuestro programa por lo que vemos la necesidad de buscar un sistema alternativo de registro para evitar dichos errores, y así ofrecer calidad asistencial a nuestros pacientes.

ANÁLISIS

Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y un enfermero/o realizan un registro y toma de muestras en ventanilla el resto realizan extracciones sanguíneas y toma de diferentes muestras.

Utilizamos sistema informatizado para registro de cada paciente al que asignamos un código de barras exclusivo.

Nos ocurre que tenemos analíticas que no se informatizan por cuestiones organizativas con el hospital y no tenemos manera de saber a quién corresponde por lo que el paciente se tendrá que volver a pinchar o traer otra muestra, necesitamos realizar alguna modificación para subsanar estos errores.

PLAN DE ACCIÓN

Realizamos doble identificación en recogida de muestras una en papel que imprimimos diariamente al inicio de las extracciones y otra informatizada en programa de AP

Cuando tenemos incidencia bien sea notificada por el laboratorio de análisis de muestras en nuestro caso CPH o reclamación de alguna muestra que no nos llega a la historia clínica de paciente y nos la reclama el médico, la podemos identificar rápida y eficazmente mediante nuestro sistema de doble registro informático y en papel.

Al finalizar la actividad de extracciones comprobamos en papel e informática que los pacientes están etiquetados correctamente y los que han faltado, de esta forma minimizamos errores.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Disminución de errores, podemos reclamar analíticas, implantamos un control de calidad exhaustivo en el ámbito de estructura, proceso y resultado. Conseguimos máxima calidad en nuestras actuaciones y de esta forma satisfacción al usuario. Mejora la interrelacion entre profesionales de atención primaria/hospitalaria.

ID: 12438

PROYECTO PARA DISMINUIR EL ABUSO DE ANTIBIOTERAPIA ORAL EN LA CURACIÓN DE HERIDAS COMPLEJAS

Costumero Garcia, Mónica [1]; Dominguez Bermejo, Alicia [2]; Jiménez Castro, Esperanza [1]; Barrios Ortiz, Nuria [1]; Salvador Vadillo, Estrella [1]; Palacin Santamaria, Maria Carmen [1]

[1] CS Monterrozas, [2] Cs Monterrozas

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Infección de heridas, biopelícula, antibióticos, antimicrobianos.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de los avances que se ha producido en la investigación y práctica clínica de los pacientes con heridas, la infección sigue suponiendo un reto en la curación de las mismas. Está ampliamente demostrado que la infección y presencia de biopelícula retrasan la cicatrización, lo que supone una sobrecarga de trabajo para los profesionales, un importante coste económico y una merma en la calidad de vida de las personas con heridas y sus familiares.

Las heridas abiertas se encuentran contaminadas o colonizadas, pero esto no implica que estén infectadas. El riesgo de infección vendrá determinado por las características del huésped, tipo de herida y entorno; por lo tanto, una visión holística de la persona con herida resulta fundamental para su prevención.

Todas las guías de práctica clínica y documentos de consenso coinciden en que la infección debe ser tratada con antimicrobianos tópicos adecuados y uso prudente, y que el uso de antibioterapia sistémica debe limitarse a los casos de infección instaurada con clínica en el estado general del paciente. A pesar esto, y de que cada vez hay más estudios que certifican que se podría y debería reducir considerablemente el uso de antibióticos, se continúan prescribiendo en exceso para heridas de difícil cicatrización.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

GENERAL

- Disminuir la prescripción de antibióticos en pacientes con heridas complejas en Atención Primaria.

ESPECÍFICOS

- Realizar una buena valoración y diagnóstico de infección de las heridas.
- Tratar de forma adecuada la infección de las heridas mediante la Práctica Basada en Evidencia.

METODOLOGÍA A APLICAR

Proponemos un proyecto de formación a médicos y enfermeras de Atención Primaria, basada en la Evidencia Científica más actualizada, en todo lo concerniente al entorno de la infección de las heridas. Lo realizará una enfermera Experta en Heridas del propio centro, dotándoles de las herramientas necesarias para realizar un diagnóstico adecuado y tratamiento integral de las heridas infectadas. Este proyecto formativo incluye:

- Valoración integral de la persona para la detección individual del riesgo de infección.
- Identificación de los signos visibles y menos visibles de la infección, riesgo de infección y/o presencia de biopelícula.

Tratamiento holístico de la infección:

- Preparación del lecho de la herida: limpieza y desbridamiento.
- Tratamiento con antimicrobianos tópicos.
- Uso prudente de los antibióticos sistémicos.
- Principios básicos de asepsia en el cuidado de heridas.

RESULTADOS ESPERABLES

Tras el proyecto de formación, los profesionales estarán capacitados para realizar un adecuado diagnóstico de la infección de las heridas, y aplicar tratamientos basados en evidencia. Esto repercutirá en la disminución del uso de antibióticos sistémicos en pacientes con heridas complejas.

Este proyecto podría ser implementado en todos los centros de Atención Primaria.

Referencias

1 International Wound Infection Institute (IWII) La infección de heridas en la práctica clínica. Wounds International. 2022.

ID: 12440

La correcta trituración de los medicamentos: tan básico y fundamental en el cuidado de nuestros pacientes.

Cortijo Caballero, María [1]*; Vera San Martín, Raúl* [2]

[1] *Servicio de Farmacia. UAR Dirección Asistencial Este.,* [2] *UAR La Garena. Dirección Asistencial Este.*

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Institucionalizado, trituración, seguridad, centro residencial, residencia, mayor, incidente, atención primaria, farmacéutico, formación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Los centros residenciales (CR) privados y concertados son periódicamente visitados por el Farmacéutico y el Médico de Atención Primaria (FAP y MAP, respectivamente) con el objetivo de dar soporte especializado a sus profesionales y detectar necesidades y áreas de mejora relacionadas con los medicamentos.

En el transcurso de una visita se observó que dos auxiliares de enfermería preparaban de forma incorrecta una medicación. El procedimiento observado consistió en la trituración de comprimidos/cápsulas mediante un mortero el cual no era ni previa ni posteriormente higienizado. Además, no garantizaron la recuperación total del medicamento ya que parte de éste se mantuvo pegado al mortero.

ANÁLISIS REALIZADO

Se efectuó una visita a un CR privado con 76plazas para residentes válidos/asistidos. Su personal técnico está formado por 2enfermeras y 18auxiliares de forma diaria y un médico de familia durante el fin de semana. El ratio de residentes por enfermera y por auxiliar es de 38 y 4,22, respectivamente. Según los datos publicados por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2020), el índice trabajador a jornada completa/residente en esta comunidad era de 0,25 para usuarios válidos y de 0,35 para asistidos.

Hasta la detección de la no conformidad en la preparación de los medicamentos, se visitaron un total de 13 CR. Los criterios revisados fueron: a)conservación de medicamentos termolábiles, b)gestión de las caducidades y c) custodia y trazabilidad de estupefacientes. Dado que la no conformidad observada no se encontraba incluida al inicio en la lista de criterios a revisar y, debido al peligro para la salud de los residentes que ella implicaba, la verificación de los procedimientos de preparación de los medicamentos para estos residentes fue incluida, siendo verificada en todos los CR visitados posteriormente.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Los resultados de estas visitas evidencian que los CR disponen de escaso personal técnico. La no conformidad detectada pone de manifiesto la falta de formación de estos auxiliares de enfermería constituyendo un factor de riesgo para la salud de los residentes de los CR. Así, el apoyo de Atención Primaria a estos centros es fundamental para garantizar la aplicación de buenas prácticas en el uso, gestión y preparación de medicamentos con el objetivo de mejorar la salud y la seguridad de los residentes.

El papel del FAP ha supuesto la implementación inmediata de la correspondiente medida correctiva y ha permitido actualizar los criterios a verificar, incluyendo la verificación in-situ de los procedimientos adoptados por cada CR en la preparación de los medicamentos. Así, la formación y la experiencia del FAP puede ayudar a definir posibles nuevas acciones en dichos CR como la formación a los profesionales en trituración de medicamentos, consejos para la adquisición de dispositivos aptos para ello y otras actuaciones que inciden en la mejora de la calidad de vida del paciente institucionalizado.

ID: 12441

Análisis de los casos de triple whammy en el centro de salud y propuesta de mejora

Carrero Grande, Andrea [1]; Martínez González, Fernando [2]; Nieto Morales, Blanca [2]; Mateo Pascual, Carmen [2]; Montero Costa, Alejandra [2]; Nieto Almeida, Beatriz [2]

C.S. Fuencarral, [2] C.S Fuencarral

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Triple whammy; kidney; NSAIDs

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Los AINES son uno de los grupos terapéuticos más utilizados a nivel mundial. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de las enzimas ciclooxigenasas 1 Y 2(COX) provocando acciones a nivel gastrointestinal, cardiovascular y renal y consiguiendo así su efecto analgésico, antipirético y antiinflamatorio. Los efectos secundarios de estos fármacos también son muy frecuentes y afectan a los mismos sistemas en los que actúan.

El término triple whammy se refiere a los efectos sumatorios a nivel renal que puede producir el uso conjunto de un ECA o ARA2 junto con un diurético y un AINE. Los tres grupos de fármacos disminuyen el filtrado glomerular con el consiguiente riego de fracaso renal agudo: los AINEs contrayendo la arteriola aferente, los IECA o ARA2 dilatando la arteriola eferente y los diuréticos disminuyendo el volumen plasmático.

Esta situación es relativamente frecuente en el día a día y no es raro que pase desapercibida, especialmente en pacientes mayores de 65 años donde el riesgo renal es aún mayor.

ANÁLISIS

Se analizan los datos de triple whammy en el centro de salud utilizando la aplicación Farmaweb en febrero de 2022, apareciendo un 2,93% de prescripción de esta triple terapia potencialmente dañina.

PROPUESTAS DE MEJORA/PLAN DE ACCIÓN

Se presenta al equipo un plan de acción con el objetivo de disminución del porcentaje de prescripción del triple whammy con las siguientes acciones:

- Impartición de sesiones, por profesionales del equipo para dar a conocer la capacidad dañina de los tres grupos de fármacos asociados.
- Impresión de los listados Se imprimen los listados con los CIPAS correspondientes a pacientes con triple whammy en el MUP.
- Repartición de los listados a cada médico y enfermera (del centro)

Tanto la enfermera como el médico deberán seguir el ckeck list correspondiente:

¿El paciente toma realmente todos los fármacos prescritos?:

- IECA
- ARA 2
- AINE

Si no toma los AINES se retirarán del MUP. Si necesita otro analgésico se derivara al médico para valorar

Si no toma IECAS/ARA2 se comprobará TA con AMPA o MAPA para valorar en una segunda consulta necesidad del fármaco

Si el paciente toma los tres fármacos precisará una valoración individualizada por lo que se le citará en consulta médica.

RESULTADOS:

En febrero de 2023 se repite el recuento de pacientes con la asociación fatal, obteniendo un 1.98%de prescripción de esta triple terapia.

Referencias

1 Aizpurua I; Albizuri M; Alfonso I; Armendariz M; Barrondo S; Domingo S et al. Aspectos de seguridad de los AINE. Riesgo cardiovascular y renal – triple whammy. INFAC. 2021; 29(4);1-9.

2 Arrufat-Goterris G, do Pazo-Oubiña F, Malpartida-Flores M, Rodríguez-Rincón RM. Intervención farmacéutica para reducir el riesgo de iatrogenia asociada a la

combinación triple whammy Aten Primaria. 2017;49(3):150-155.

ID: 12443

ERRORES POTENCIALES COMO CONSECUENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA NO PRESENCIAL

Oterino Moreira, Iván [1]; Rey Camacho, Eva [2]; Silva Riádigos, Genma [3]; Criado Gomez, Laura [4]; Villanueva Curto, Santiago [4]; Molina Ramos, Juana María [5]

Gerencia Asistencia de Atención Primaria, [2] Centro de Salud Barcelona, [3] Gerencia Asistencial Atención Primaria, [4] Hospital Universitario de Móstoles, [5] Hospital Universitario de Móstoles.

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Atención telefónica, paciente mayor, receta electrónica

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 71 años con antecedentes de ictus isquémicos cardioembólicos de repetición, arritmia, insuficiencia valvular mitral y fibrilación auricular anticogulada con Sintrom®.

Se diagnostica hepatocarcinoma y se plantea radioembolización hepática con Ytrio, para lo cual se deben seguir recomendaciones hematológicas específicas antes de la intervención:

- **Día -3**: Suspender el tratamiento con Sintrom®.
- **Día -2**: No tomar Sintrom®. Iniciar enoxaparina 40 mg a las 9 am y 21 pm
- **Día -1**: No tomar Sintrom®. Administrar enoxaparina 40 mg a las 9 am. No administrar enoxaparina por la noche. Día del procedimiento: No tomar Sintrom®. No poner enoxaparina.

La paciente recibe esta información por teléfono disponiendo electrónicamente del informe escrito en la aplicación para móvil "Portal del Paciente".

La paciente acude a control rutinario de INR al centro de salud y comenta con la enfermera las indicaciones específicas de manejo de la anticoagulación que ha recibido y tiene manuscritas en un papel. La enfermera consulta el informe disponible en el "Portal del Paciente" y detecta que la información manuscrita por parte de la paciente difiere de las indicaciones reales, de tal manera que la administración de enoxaparina coincide con el mismo día del procedimiento.

ANÁLISIS REALIZADO

Identificado el problema, se realiza un análisis de causa-raíz.

La paciente iba a realizar una pauta incorrecta de anticoagulación:

- Porque no dispone de las indicaciones por escrito.
- Porque las recibe por teléfono.
- Porque la atención realizada es telemática.
- Porque no se está cumpliendo el Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación que obliga al prescriptor (artículo 3 y 8) a entregar la orden de tratamiento cada vez que realice un cambio en la prescripción electrónica, y a la administración (artículo 8), a facilitar las herramientas para entregar esta información.
- Porque esta modalidad se ha instaurado de manera acelerada por la situación de emergencia COVID-19, Porque permite una atención médica ágil y cómoda para el profesional sanitario y el paciente.
- Porque el informe está disponible a través de una aplicación móvil, Porque permite reducir el uso del papel.
- Porque permite ahorrar costes y ser ecológico con el medio ambiente.
- Porque no se tiene en cuenta las características especiales del paciente mayor.

CONCLUSIONES Y APRENDIZAJE

La instauración de la atención telemática y la disponibilidad reciente de aplicaciones móviles oficiales con la información de salud del paciente (informes médicos y hoja de tratamiento) está generando numerosos errores de medicación (se presenta un único caso, pero existen varios) como consecuencia de no disponer por escrito de los cambios en el tratamiento.

La administración, tanto en atención primaria como atención especializada, debe tener en cuenta las características especiales del paciente mayor en la instauración de la modalidad de consulta telemática y políticas ecológicas de ahorro de papel.

ID: 12458

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA: DESPRESCRIPCIÓN DE NITROFURANTOÍNA OFF-LABEL

Silva Riádigos, Genma Mª [1]; Oterino Moreira, Iván [2]; Escudero Vilaplana, Belén María [2]; Meseguer Barros, Carmen Marina [3]; Jamart Sanchez, Lucía [3]; Molina Ramos, Juana María [4]

Dirección Asistencial Oeste. SERMAS, [2] Dirección Asistencial Oeste (SERMAS), [3] Dirección Asistencial Oeste (SERMAS), Hospital Universitario de Móstoles

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Nitrofurantoína; Seguridad del paciente; Intervención farmacéutica

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/ANÁLISIS PARA EL PROBLEMA PLANTEADO

En 2016 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota de seguridad informando a los profesionales de las modificaciones en las condiciones de uso autorizadas (uso exclusivo en el tratamiento de la cistitis aguda en mujeres, no indicado en el tratamiento de infecciones urinarias en varones ni en infecciones del tracto urinario de vías altas, así como en el tratamiento de la bacteriemia o sepsis secundaria a la misma) en las que se restringe la duración del tratamiento a un máximo de 7 días en base a las notificaciones de reacciones adversas graves, especialmente pulmonares o hepáticas en tratamientos profilácticos prolongados o intermitentes de meses de duración.

OBJETIVO/S A CONSEGUIR

Identificar las prescripciones de nitrofurantoína en condiciones de uso no autorizadas en ficha técnica (off-label) con el objetivo de minimizar los riesgos de seguridad.

METODOLOGÍA A APLICAR

Estudio de intervención descriptivo transversal en un área sanitaria de Atención Primaria (AP) (756.995 tarjetas sanitarias individuales).

Se incluyeron pacientes con prescripciones activas de nitrofurantoína mayores a 7 días a fecha 23/03/23 identificados a través del sistema de facturación de recetas de nuestra Comunidad Autónoma.

Variables recogidas: demográficas del paciente (sexo, edad), Código de Identificación Personal Autonómico, Código de Identificación Autonómica Sanitaria, centro de salud (CS) y fechas de creación y fin de la prescripción.

Una vez identificados los pacientes, se remitieron por email con un mensaje estandarizado, recomendándose la reevaluación del tratamiento en base a la nota de seguridad de la AEMPS. Se envió a los responsables de farmacia de cada centro de salud, quienes lo distribuyeron a los médicos de familia (MF) titulares. Los pacientes se enviaron en un Excel adjunto cifrado.

Para reforzar el alcance de la estrategia, se volverán a analizar al mes los pacientes que continúan en riesgo para incidir sobre la intervención.

De manera complementaria, se tratará el tema en las Comisiones de Continuidad Asistencial para trabajar conjuntamente entre AP y Atención Hospitalaria.

RESULTADOS ESPERABLES

Se identificaron 67 pacientes (7,5% hombres) con una mediana 67 años [P25-75:52-78], pertenecientes a 58 MF distintos procedentes de 25 CS.

La mediana de duración de tratamiento a fecha 23-03-23 fue 556 días [P25-75:118-1183].

Próximamente se analizarán los datos para ver el impacto de la intervención. Se espera que dicha intervención farmacéutica contribuya a subsanar prescripciones de nitrofurantoína off-label minimizando los riesgos de seguridad potenciales asociados a su uso.

Referencias

1 Nitrofurantoina (Furantoina®): nuevas restricciones de uso. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Junio 2016. Fecha de consulta 21-04-23. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2016/ni-muh_fv_16-nitrofurantoina/

2 Ficha Técnica nitrofurantoína. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Fecha de consulta 21-04-23. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html

ID: 12459

Proyecto para una alimentación complementaria segura

POZA FRESNILLO, LOURDES; BASTOS ROJO, SILVIA; JIMENEZ, SILVIA; GARCÍA LARGO, MARIA CRISTINA; SIERRA PALACIO, RUBEN JAVIER; FERNANDEZ FRAGA, PABLO

C.S. FUENCARRAL

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: taller, alimentación complementaria, atragantamiento, lactante

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La alimentación complementaria es un momento muy importante para afianzar hábitos dietéticos adecuados que permanezcan toda la infancia.

En los últimos tiempos ha habido numerosos cambios en las recomendaciones, tanto en el momento como en la forma de introducción de alimentos. Actualmente se dan de forma progresiva, sin un calendario estricto. Existen nuevas formas de introducción como el Baby Led Weaning (BLW), que consiste en ingerir sólidos desde el principio. Esto genera ansiedad en los padres por el posible atragantamiento. Por ello deberían conocer las maniobras básicas de actuación ante una situación así.

El atragantamiento en lactantes es un problema frecuente. Consiste en la obstrucción de la vía respiratoria por un alimento u objeto pequeño pudiendo producir daños cerebrales e incluso la muerte. Los niños pequeños son los de más riesgo al pasar de una alimentación líquida, como la lactancia, a una de sólidos.

Esto ha generado una alta demanda en las consultas solicitando información.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Objetivo general

- Adquirir conocimientos sobre alimentación complementaria segura y evitar atragantamientos.

Objetivos específicos

- Conocer diferentes modalidades de alimentación complementaria (triturados, BLW, Baby Led Introduction to Solids)
- Identificar alimentos con riesgo de atragantamiento
- Aprender formas seguras de ofrecer los alimentos
- Capacitar a los padres en preparación de alimentos de forma segura
- Identificar signos y síntomas de atragantamiento
- Saber actuar ante un atragantamiento (aplicando maniobra Heimlich) y sus complicaciones

METODOLOGÍA

Este taller se desarrollará en el centro de salud en la sala de sesiones durante cuatro días consecutivos. La población diana serían padres, madres y/o cuidadores de lactantes de 4-12 meses. La captación se realizará desde las consultas de enfermería, pediatría y matrona, y con cartelería en los puntos de información del centro.

Se dará la opción de dos modalidades: online sin límite de participantes y/o presencial aceptando hasta 12. La cuarta sesión será solo presencial pues habrá casos prácticos. Cada sesión dura noventa minutos, con un total de 6 horas.

Las tres primeras sesiones las impartirán dos profesionales, serán expositivas con medios audiovisuales. La restante será práctica, con dos profesionales y apoyo material de dos modelos de lactante.

Las dinámicas usadas serán ronda de expresión, lección participativa, vídeos demostrativos, demostración con entrenamiento y discusión y resolución de problemas. Al finalizar el taller, se pasará una encuesta de evaluación de 4 ítems que valorarán duración, utilidad, metodología, valoración global,sugerencias y propuestas de mejora.

RESULTADOS ESPERABLES

Conseguir que los participantes adquieran los conocimientos básicos sobre alimentación complementaria segura.

Difundir las habilidades suficientes para actuar frente al atragantamiento.

ID: 12463

DESCONOCIDOS AUNQUE SOBRADAMENTE PREPARADOS. FISIOTERAPEUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA.

Fernández Muñoz, Ángel Manuel [1]; García Vila, Silvia Fernanda [2]; Areso Bóveda, Paula Begoña [3]; Docampo Ferreira, Tirso [4]

C.S. San Martin de la Vega, [2] C.S.Buenos Aires, [3] Unidad de fisioterapia Burgos Centro, [4] Hospital Álvaro Cunqueiro

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Fisioterapia, AP, seguridad, prevención, educación

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/ANÁLISIS PARA EL PROBLEMA PLANTEADO

La Circular 4/91 incluyó la figura del fisioterapeuta en AP y desde su implantación, su desarrollo en los distintos Servicios de Salud ha sido desigual. Sin embargo, los ratios desorbitados, las listas de espera o la escasez de tiempo para la labor de educación, promoción y prevención, son problemas comunes a todos que afectan a la calidad de la atención y seguridad del paciente.

El número de fisioterapeutas en AP es muy escaso. Si tomamos como ejemplo Madrid, en enero de 2023, el cupo medio asignado era de 30.346 personas.

Además, la cartera de servicios en Fisioterapia de AP aún no está definida en todos los Servicios de Salud.

Es necesario desaprender modelos tradicionales y obsoletos de atención, y adoptar nuevos modelos más efectivos, seguros y que generen mayor autoeficacia del paciente para una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Crear una red de comunicación e información entre los fisioterapeutas de AP a nivel nacional para ofrecer una mejor atención al paciente.

Compartir modelos seguros de atención en las patologías más prevalentes y que han demostrado ser costo efectivos en otras comunidades.

Concienciar a los fisioterapeutas de que los cambios en nuestra labor profesional dentro de la AP vendrán promovidos por los propios fisioterapeutas.

METODOLOGÍA A APLICAR

El plan de acción es:

- Desarrollar un encuentro anual.
- Inscribirse en las diversas formaciones nacionales o autonómicas.
- Promover estrategias de comunicación para que nuestros datos/demandas lleguen a los gestores. Contribuir desde la Fisioterapia de AP en el concepto de salutogénesis.
- Centrar la atención en los factores que fomentan la salud, en lugar de los factores que causan las enfermedades. Seguir promoviendo intervenciones para motivar el encuentro y favorecer el cambio seguro como ha sido una Jornada donde se reunieron 65 fisioterapeutas de toda España. Previamente y con el fin de conocer mejor la situación, se diseñó una encuesta sobre gestión de agendas y registros, ratios, derivaciones y objetivos para diseñar las futuras Carteras de Servicio.

RESULTADOS ESPERABLES

Facilitar, a través de esta red de comunicación e información, una mayor seguridad de los pacientes atendidos en las unidades de fisioterapia de AP, al ajustar lo máximo posible el valor demandado por los pacientes, al valor planificado y valor ejecutado por los fisioterapeutas de Primaria y Comunitaria.

Potenciar la calidad asistencial y seguridad al paciente ofreciendo una atención basada en la evidencia científica más actual sobre abordajes en promoción de salud, prevención de la enfermedad y atención a la cronicidad.

Concienciación de los Gestores de la necesidad de adecuar los recursos humanos a las necesidades actuales de la población, para desarrollar estos nuevos roles profesionales.

ID: 12465

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA CONFUSIÓN ENTRE DISTINTAS CONCENTRACIONES DE MIDAZOLAM AMPOLLAS

Martínez Sanz, Henar [1]; Santaolalla García, Isabel [1]; Bernaldo de Quirós Martín, Marta [2]; Magán Tapia, Purificación [2]; Silva Riádigos, Genma María [3]; Izquierdo Palomares, José Manuel [2]

[1] Dirección Asistencial Sureste, [2] Gerencia Asistencial de Atención Primaria, [3] Dirección Asistencial Oeste

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Midazolam, isoapariencia, error de selección

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el catálogo de farmacia de los centros de salud (CS) está disponible midazolam ampollas en dos presentaciones: 5 mg/5 ml (1 mg/ml) y 15 mg/3 ml (5 mg/ml).

Se han notificado errores de medicación (EM) relacionados con la selección errónea de las ampollas. Se han detectado errores en la prescripción y concentraciones distintas almacenadas conjuntamente.

La disponibilidad de presentaciones con concentraciones diferentes y la isoapariencia entre las ampollas puede dar lugar a confusión y aumenta la posibilidad de EM. Esto, unido a que es un medicamento de alto riesgo que se utiliza en una situación de alto riesgo como son las urgencias, aumenta la posibilidad de daños graves en los pacientes.

ANÁLISIS

Mediante un análisis modal de fallos y efectos se evalúa todo el proceso de gestión y uso de midazolam en atención primaria, incluyendo los subprocesos de petición, almacenaje, prescripción y administración.

Algunos de los posibles fallos identificados son: colocación de ampollas en ubicación incorrecta, mezcla de ampollas de las dos concentraciones en misma gaveta, prescripción de la concentración errónea, selección inadecuada, administración de concentración, dosis o vía incorrecta y paciente equivocado.

Las causas priorizadas según la factibilidad de las soluciones son: personal sin experiencia, falta de procedimientos ante ausencias, olvido/despiste, interrupciones, falta de tiempo, similitud de las presentaciones, prescripción en ml en vez de en mg, orden de prescripción verbal, falta de procedimiento para la indicación/administración, ubicación incorrecta y error de identificación del paciente.

PROPUESTAS DE MEJORA

Se proponen acciones de mejora a implantar desde:

- **CS**: almacenar las ampollas de distintas concentraciones en cajetines diferentes correctamente identificados, revisiones periódicas del botiquín, existencia de un procedimiento ante la ausencia de profesionales, identificación unívoca del paciente antes de la prescripción y administración, prescripción por escrito de la dosis en mg y en ml, comprobar antes de administrar y evitar interrupciones.
- **Servicio de farmacia**: dispensación de midazolam 15 mg fuera del circuito habitual, diseño de etiquetas identificativas para los cajetines, formación a los profesionales sobre el almacenaje, indicaciones, dosis y manejo de midazolam y auditorías de los botiquines.
- **Gerencia**: inclusión en el listado de verificación de las rondas de seguridad la revisión de las ampollas de midazolam.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Se han puesto en marcha algunas de las acciones de mejora mencionadas (circuito de dispensación, etiquetas identificativas, formación). Otras ya se venían realizando y se reforzarán. Además, se ha elaborado y difundido un documento dirigido a todos los profesionales de los CS que incluye las recomendaciones de mejora y un cartel informativo. Dada su reciente difusión veremos los resultados próximamente en las rondas de seguridad, revisiones de botiquines y notificaciones de EM.

ID: 12467

INCIDENCIAS PREANALÍTICAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿PODEMOS APRENDER Y MEJORAR A LA VEZ?

Criado Gomez, Laura [1]; Villanueva Curto, Santiago [1]; Oterino Moreira, Ivan [1]; Silva Riádigos, Gema [2]; Téllez Barragán, Claudia [3]; Molina Ramos, Juana Maria [1]

Hospital Universitario de Móstoles, [2] Gerencia Asistencial Atención Primaria., [3] Gerencia Asistencial Atención Primaria

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: seguridad, preanalítica, orina, incidencia.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La fase pre analítica es una de las más críticas en la gestión de la calidad del laboratorio clínico.

Existen una serie de incidencias descritas en la bibliografía que repercuten directamente en la seguridad del paciente de manera importante. Actualmente aproximadamente el 50% de las analíticas de sangre y orina recibidas en nuestro laboratorio tiene como origen los centros de salud (CS) de atención primaria (AP).

Dentro de las incidencias descritas se encuentran las siguientes:

- Muestra no recibida: en el caso de tubo de suero o muestra de orina (urianálisis o bioquímica) solicitada en la petición y que no se reciba en el laboratorio.
- Muestra insuficiente: en el caso de que la muestra sea insuficiente y no se puedan realizar todas las pruebas solicitadas.
- Muestra hemolizada: en el caso de que el grado de hemólisis sea elevado y algunas pruebas no se pueda obtener el resultado.

OBJETIVOS A CONSEGUIR

Contribuir a la formación del personal de las áreas relacionadas con la fase preanalítica y extracción de muestras a través de recomendaciones dadas desde el laboratorio.

Ofrecer una herramienta para mejorar y controlar la seguridad del paciente.

Conocer la situación de cada CS respecto al resto y poder detectar áreas de mejora.

METODOLOGÍA A APLICAR

De manera anual se procederá a realizar el porcentaje de incidencias por cada CS. Se recogerán los siguientes ítems, cuyo resultado se podrá comparar con las especificaciones dadas por la Sociedad Española de Química Clínica (SEQC): porcentaje de muestras de suero no recibido en función de las creatininas solicitadas, porcentaje de muestras de suero insuficiente en función de las creatininas solicitadas, porcentaje de muestras de suero hemolizado en función de las creatininas solicitadas, porcentaje de orinas no recibidas en función de total de peticiones e incidencias totales.

Se realizará un informe anual con los resultados de cada CS, comprobando si cumple especificaciones y comparándolo con el resto de CS. Se propondrán una serie de mejoras concretas a cada CS en función de sus necesidades.

RESULTADOS

Se han analizado las incidencias relativas al año 2022 de los 7 CS de AP que envían muestras a nuestro laboratorio. Hemos comprobado en cada CS si cumplen las especificaciones establecidas en la SEQC. En general todos muestran resultados muy buenos para todas las incidencias, excepto para la de orinas no recibidas (siendo el indicador de la SEQC 1,351, y encontrándose 4 de los 7 CS por encima) y 2 de los CS fuera del indicador de muestra de suero no recibida (0.328).

Se realizaron unas instrucciones de cómo mejorar la incidencia de orina no recibida: elección del tubo de orina adecuado, posibilidad de segunda micción, y anular la petición en origen si el paciente es consciente de no recoger la orina.

Se realizará un seguimiento tras la intervención para valorar la existencia de mejora respecto a los datos previos.

ID: 12478

SOBREDOSIFICACIÓN DE MEBENDAZOL (LOMPER®) EN EL TRATAMIENTO DE OXIURIASIS

Martínez Sanz, Henar [1]; Santaolalla García, Isabel [1]; Bustos Fonseca, Julia [2]; Gómez Valbuena, Isabel [1]; Vega Ruiz, Laura [1]; Sevillano Palmero, María Luisa [1]

Dirección Asistencial Sureste, [2] Centro de Salud Primero de Mayo

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Mebendazol, oxiuriasis, sobredosificación

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Madre de niña de 6 años consulta al pediatra vía telefónica por prurito vulvar y visualización de gusanos blancos de 1-2 cm de longitud. Se diagnostica de oxiuriasis y se prescribe tratamiento para la paciente y todos los convivientes con mebendazol (Lomper®) 100 mg en dosis única, según lo recomendado en las guías de práctica clínica. Se realiza la prescripción para toda la familia en la receta electrónica de la paciente, en total 20 mL de suspensión oral 20 mg/mL para 4 niños (en anotaciones al paciente se escribe que cada niño debe tomar 5 mL) y un envase de 6 comprimidos para 5 adultos. Se explica a la madre por teléfono el tratamiento para el paciente y para el resto de los convivientes. Se realizan las recetas en papel ya que no tenían tarjeta sanitaria (TSI) física por ser extranjeros sin residencia autorizada. Tras recogerlas acuden a la farmacia donde, tras preguntar la dosis les dicen que está prescrito 20 mL y dispensan un frasco de 30 ml. Ni la madre ni en la farmacia leyeron las anotaciones y finalmente se le administra a la paciente 20 mL. Como consecuencia sufre diarrea leve. El error se detecta cuando vuelven a consultar al pediatra por necesitar más jarabe para el resto de niños convivientes. A los 15 días se administra la segunda dosis correcta de 5 mL.

ANÁLISIS REALIZADO

Se realiza un análisis de Ishikawa, detectándose como principales factores contribuyentes:

- **Formación y entrenamiento**: procedimiento de prescripción en receta electrónica y en papel, personal sin formación adecuada en la farmacia.
- **Tarea**: prescripción de la dosis para todos los niños en un solo paciente (para ahorro de medicación), información inadecuada en la dispensación.
- **Equipamiento y recursos**: presentación de mebendazol en frasco de 30 mL (no en unidosis).
- **Condiciones de trabajo**: falta de tiempo.
- **Comunicación**: con la oficina de farmacia y con el paciente, no se leen las instrucciones escritas en la receta, consulta telefónica.
- **Paciente**: familia inmigrante sin TSI física, falta de cultura de seguridad (no leen prospecto).

CONCLUSIONES/ APRENDIZAJE

Se proponen como acciones de mejora factibles desde el centro de salud:

- Prescribir el mebendazol para cada paciente de forma separada. Además de ser una barrera para evitar errores de medicación, queda registrado en la historia clínica individual dentro de un episodio de contacto.
- Mejorar la comunicación con el paciente y la familia, especialmente en personas en situación de vulnerabilidad como son los inmigrantes sin permiso de residencia. En consulta telefónica asegurarse de que el paciente o familiar ha entendido las instrucciones mediante la técnica de readback. Valorar la necesidad de cita presencial.
- Mejorar la comunicación con la oficina de farmacia. Anotar las instrucciones al farmacéutico en el recuadro de la receta destinado a tal fin.
- Educar a los pacientes para que se impliquen en su propia seguridad, consulten al médico o al farmacéutico todas las dudas y lean los prospectos.

ID: 12485

ESTUDIO ANALÍTICO Y DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE LA MEDICIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE VITAMINA D

Enríquez Gutiérrez, Emiliano [1]; Sanchez Martín, Eva María [2]; Hernández Arroyo, María Jesús [3]; Díaz Madero, Alfonso Ángel [4]; Martí Rodríguez, Carmen [5]; Eugenio Almeida, Elisabeth [5]

[1] CS Garrido Norte, [2] CS Garrido Norte, [3] Gerencia atención primaria, [4] Gerencia Salud Área Zamora, [5] Unidad Docente Zamora

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Atención primaria Formación médica continua Vitamina D Indicaciones Seguridad del tratamiento Deprescripción

OBJETIVOS

Evaluar la justificación de la determinación de niveles séricos de vitamina D (vit D), y la adecuación del tratamiento y seguimiento en función de las características clínicas y analíticas de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y observacional de prevalencia en el que se seleccionaron pacientes, mayores de 14 años, de un centro de salud urbano, a los que se les dispensó colecalciferol o calcifediol con receta del Sistema Nacional de Salud entre abril de 2020 y febrero 2021; los datos fueron obtenidos del Sistema de Información de Consumo Farmacéutico de la comunidad autónoma. Para el análisis de la adecuación de la determinación y prescripción de vitamina D se revisó la historia clínica electrónica, evaluando las características clínicas y analíticas de cada paciente (recomendaciones del boletín SACYLITE Nº2,-2020), y, finalmente se evaluó su seguimiento (si tiene realizados niveles de vit D al año del inicio del tratamiento) según las recomendaciones actuales de las principales guías de práctica clínica. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las cuantitativas como media ± desviación estándar e intervalo de confianza del 95%. Tamaño muestral de 212 pacientes obtenida sobre la población total del Centro (13.000 tarjetas), con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 3%.

RESULTADOS

Se incluyeron 212 pacientes, 35 pacientes (16,6%) están en tratamiento sin tener niveles de vit D: 104 tratados con colecalciferol y 108 con calcifediol. La media de edad fue 59,7±15,7 años, el 76,4% mujeres. El 83,4% tenía niveles de vit D previo al inicio de la suplementación, siendo el valor medio 18,0±9,0 ng/ml. En el 52,0% estaba justificada su determinación: en 50 pacientes (31,9%) por el uso crónico de fármacos que disminuyen la síntesis o aumentan la degradación de vit D, en 45 (28,7%) por IMC>30 Kg/m2 y en 24 (15,3%) por trastornos relacionados con el esqueleto. En el 24,1% la prescripción no estaba justificada, 1,9% presentaban cifras >50ng/ml y al 38,2% no se le realizó un adecuado seguimiento del tratamiento. Entre quienes el tratamiento estaba justificado (n=135), el 84,4% tenían niveles de Vit D<20 ng/ml.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe una elevada proporción de peticiones de niveles y prescripciones de vit D no justificadas, aumentado el riesgo de sobredosificación/intoxicación de los pacientes al iniciar tratamientos sin evaluación de niveles en sangre previamente, o sin indicación, o por mantener tratamientos a largo plazo sin hacer determinación sérica de control; por ello se precisa formación sobre los motivos para realizar la medición y el tratamiento, y no hacerlo como cribado poblacional. Recomendar siempre estilos de vida saludable como parte del tratamiento.

Referencias

1 1. Pedrosa Naudin MA, García Ortiz A, Montero Alonso MJ, Prado Prieto MA, Ruíz San Pedro AM, Sierra Santos AM. Sacylite. Vitamina D: revisión y recomendaciones. Nº2- 2020. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es.

2 2. Carbonell Abella, C. Vitamina D: indicaciones para el cribado y tratamiento. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2019; 26 (8): 441-447.

3 3. Dawson-Hughes, Bess. Vitamin D deficiency in adults: Definition, clinical manifestations, and treatment. Consultado el 18 de diciembre de 2020. Disponible en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/vitamin-d-deficiency-in-adults-definition-clinical-manifestations-and-treatment?search=

4 4. Díaz Curiel M, Arboiro Pinel RM. Prevalencia de hipovitaminosis D en nuestro medio. Rev. Osteoporos. metab. Minero. 2017; 9 (1): 10–15.

5 5. Michos ED, Cainzos-Achirica M, Heravi AS, Appel LJ. Vitamin D Calcium Supplements, and Implications for Cardiovascular Health: JACC Focus Seminar. J Am Coll Cardiol. 2021;77(4):437-49.

6 6. Barbarawi M, Kheiri B, Zayed Y et al: Vitamin D Supplementation and Cardiovascular Disease Risks in More Than 83 000 Individuals in

21 Randomized Clinical

Trials: A Meta-analysis. JAMA Cardiol. Published online June 19, 2019. doi:10.1001/jamacardio.2019.1870.

7 7. Gómez Espinosa P, De la Calle Riaguas B, Juliá Luna FJ, Romero Martín CP, Tofiño González MI. Vitamina D: ¿Moda o necesidad? Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2021; 12 (1).

8 8. Olza J, Aranceta-Bartrina J, González-Gross M, Ortega RM, Serra-Majem L, Varela-Moreiras G, Gil Á. Ingesta dietética declarada, disparidad entre el consumo

declarado y el nivel necesario para la adecuación y fuentes alimentarias de calcio, fósforo, magnesio y vitamina D en la población española: resultados del estudio ANIBES. Nutrientes 2017; 9, 168.

9 9. Casado E, Quesada JM, Peris P, Jódar E, Giner M, Neyro JL, Del Pino J, et al. Recomendaciones de la SEIOMM en la prevención y tratamiento del déficit de vitamina

D. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. 2021; 13(2): 84-97.

10 10. Manson JE, Brannon PM, Rosen CJ, Taylor CL. Vitamin D Deficiency — Is There Really a Pandemic? N Engl J Med 2016 Nov 10(375): 1817-20.

11 11. Bonis Sanz J. Determinación de vitamina D en suero. AMF 2018; 14(1): 25-27.

12 12. CADIME. Suplementos de vitamina D: de la sobremedicación a la deprescripción. [Internet]; 2022 [revisado 28 febrero 2022; consultado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2020/CADIME_BTA_2020_35_01_.pdf

13 13. Valero Chávez FJ, Luengo Pérez LM, Cubero Juánez J. Adecuación de las peticiones de los niveles de vitamina D al laboratorio. Nutr Hosp. 2016;33:581.

14 14. Salinas M, López-Garrigós M, Flores E, Leiva-Salinas C. Temporal and regional variability in the request of vitamin D from general practitioners in Spain. Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM), 2017; 55(11):1754-1760.

15 15. Abril Rubio A, Arjona González P, Castillo Fernández N, Salmerón Portela P, Hidalgo Martín F, Mancera Romero J. Adecuación de la prescripción de vitamina D en

Atención Primaria. SEMERGEN. 2022; 1: 38-44.

16 16. Montoya i de Manuel-Rimbau A, Molina Nadal A, de Pando Navarro T. Preguntes freqüents sobre l'ús de la vitamina D. Butll Inf Ter. 2021 Julio: 32(06):39-47.

17 17. Drezner MK, Rosen CJ, Mulder JE. Causes of vitamin D deficiency and resistance. Consultado el 30 de septiembre de 2019. Disponible en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/causes-of-vitamin-d-deficiency-and-resistance?search=COLECALCIFEROL Y CALCIF... 1/19.

18 18. Trexler Hessen M, Bernstein J, Bhatt D, Cabana M, Feldman C, et al. Vitamin D deficiency in adults. Disponible en

https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-48a2716b-d21c-463c-a0dc-875f96f16138. Actualizado 2 de febrero de 2021.

19 19. Elsevier Point of Care. Vitamin D deficiency in adults [Internet]; 2022 [revisado 28 febrero 2022; consultado 4 de marzo de 2022]. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-48a2716b-d21c-463c-a0dc-875f96f16138.

20 20. De la Fuente Cadenas JA, López Mompó C, López Pavón I, Vedia Urgell C, Granada Ybern ML, Reina Rodríguez D. Adecuación de las solicitudes analíticas de vitamina D en atención primaria. Atención Primaria Práctica, 2019; 1(2): 30-35.

21 21. Quesada JM, Jodar E, Sánchez C, Pérez-López F, Díaz-Curiel M, Herrera A, et al. Declaración española sobre la Vitamina D en el manejo de la osteoporosis.

Endocrinol Nutr 2007;54:402-3.

22 22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: AEMPS. Vitamina D: Casos graves de hipercalcemia por sobredosificación en pacientes adultos y en pediatría. 2019.

23 23. INFAC: Información farmacoterapéutica. Vitamina D en adultos: ¿Está sobrevalorada? 2020; 28(1).

24 24. Quesada-Gómez JM, Bouillon R. ¿Es el calcifediol mejor que el colecalciferol para la suplementación con vitamina D? Osteoporos Int. 2018; 29 (8):1697–1711.

25 25. Olmos JM, Arnaiz F, Henández JL, Olmos-Martínez JM, González-Macías J. Calcifediol mensual frente a calcifediol quincenal en el tratamiento de pacientes osteoporóticos. Estudio en la vida real. Rev. Osteoporos. metab. Minero. 2018, 10 , 89–95.

26 26. Varsavsky M, Rozas Moreno P, Becerra Fernández A, Luque Fernández I, Quesada Gómez JM, Ávila Rubio V, et al. Recomendaciones de vitamina D para la

población general. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2017; 64: 7-14.

27 27. Agostini D, Donati Zeppa S, Lucertini F, Annibalini G, Gervasi M, Ferri Marini C, et al. Muscle and bone health in postmenopausal women: role of protein and vitamin D supplementation combined with exercise training. Nutrients, 2018; 10(8), 1103.

28 28. National Osteoporosis Society: Vitamin D and Bone Health: A Practical Clinical Guideline for Patient Management. ROS website. Updated December 2018.

Reviewed February 2020. Disponible en: https://strwebprdmedia.blob.core.windows.net/media/ef2ideu2/ros-vitamin-d-and-bone-health-in-adults-february-2020.pdf

29 29. LeFevre ML, LeFevre NM. Vitamin D screening and supplementation in community-dwelling adults: common questions and answers. Am Fam Physician. 2018; 97(4):254-60.

30 30. de Hoyos Alonso, MC, Gorroñogoitia Iturbe, A, Martín Lesende, I, Baena Díez, JM, López-Torres Hidalgo, J, Magán Tapia, P, et al. "Actividades Preventivas En Los

Mayores. Actualización PAPPS 2018." Atención primaria. 2018; 50: 109–124, doi:10.1016/s0212-6567(18)30365-2.

ID: 12492

EQUIPOS PROA + EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA SUMA MULTIPLICA LA SEGURIDAD

Ruiz Martín de la Torre, Rocio [1]; Crespo Robledo, Paloma [2]; Torijano Casalengua, Mª Luisa [3]; Valenzuela Gámez, Juan Carlos [3]; Catalán Rueda, Emma [4]

[1] Coordinación Regional Farmacia DGAS. Servicios Centrales, [2] Consejeria Sanidad, [3] Dirección General Asistencia Sanitaria SESCAM, [4] Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección (DGPOI). Consejería de Sanidad

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

Palabras clave: PROA Resistencia Antibióticos

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El aumento exponencial de bacterias resistentes a los antibióticos es considerado una grave amenaza de salud pública. La presión antibiótica se relaciona directamente con la selección de bacterias resistentes y favorece su diseminación. El ámbito de la atención primaria (AP) como principal fuente de prescripción antibiótica, es prioritario para iniciar acciones para su control.

En 2020, se adoptó el primer PRAN regional como desarrollo del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN).

ANÁLISIS

El Plan regional se estructuró en seis líneas estratégicas: vigilancia, control, prevención, investigación, formación y comunicación. Incluía objetivos y actuaciones basadas en un análisis DAFO para el diagnóstico de la situación que vislumbró, entre otras, la necesidad de iniciar y reforzar los equipos PROA multidisciplinares en el ámbito comunitario como herramientas básicas para el control de las resistencias y formación de los profesionales sanitarios.

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Se incluyeron las siguientes actuaciones en el periodo 2020-2022:

1. **Vigilancia**: Monitorización del consumo de antibióticos mediante la estandarización de indicadores cuantitativos y cualitativos en el ámbito comunitario.
2. **Control**: Identificación de la figura de un Coordinador PROA-AP en cada gerencia. Elaboración de plantillas de recogida de datos según objetivos y acciones anuales. Fomento del uso de la prescripción diferida y difusión de la Guía de Terapéutica Antimicrobiana del SNS.
3. **Prevención**: Fomento de las medidas de higiene y desarrollo de programas para reducir el riesgo de infección y transmisión de resistencias. Impulso de la adherencia de los profesionales a los programas.
4. **Investigación**: Análisis de la producción científica.
5. **Formación**: Realización de jornadas y cursos de formación.
6. **Comunicación**: Realización de campañas de concienciación para el uso adecuado de los antibióticos y sobre la problemática de las resistencias.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

64 % de las gerencias cuentan con actividad PROA. 21 % realiza actividad en centros sociosanitarios. Entre las actuaciones realizadas destacan:

- 100 % dispone de manera automatizada de los datos de los indicadores de consumo de AP.
- 86 % cuentan con un coordinador PROA-AP.
- 2 equipos PROA realizan monitorización de consumo con indicadores cualitativos de uso de antibióticos asociados a diagnóstico.
- Realización de I edición curso regional sobre PROA en AP y CSS.
- Sesión estandarizada sobre los PROA-AP. Realización de 184 sesiones formativas en diferentes centros de salud de toda la región

- Inclusión de un tema sobre antibióticos en los Boletines Farmacoterapéuticos regionales.
- 3 sesiones formativas PROA-AP dirigidas a prescriptores.
- Cartelería sobre el uso racional de antibióticos y de toma de muestras
- 100 % se suman a la celebración del Día Mundial de higiene de manos

ID: 12509

PAPEL DEL FARMACEUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CONTROL Y ORGANIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN NUEVOS CENTROS DE ATENCIÓN CONTINUADA POR EL SERVICIO DE FARMACIA DE UNA ÁREA SANITARIA

López Díaz, Eva Clara [1]; Greciano Greciano, Virginia [2]; Alonso Saavedra, Miguel Angel [1]; González de la Peña Puerta, Jose Manuel [1]; Torres Weber, Sofia [1]

DA Este, [2] DA ESTE

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: pharmaceutical care; Medicine Chests; Safety Management.

OBJETIVO

Gestionar las tareas de recepción, conservación y reposición de los medicamentos disponibles en un Centro de Atención Continuada en el que se atenderá generalmente pacientes de carácter crónico, pero también urgente y revisar la adecuación de los espacios para los distintos procesos que se llevarán a cabo en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se procedió a revisar espacios, zonas de almacenamiento para la correcta conservación de los medicamentos y/o productos sanitarios y garantizar la seguridad y uso adecuado de los mismos en los nuevos centros de atención continuada (CAC).

Se organizó un equipo en una Área Sanitaria, en el que el FAP debía llevar a cabo una revisión de los espacios a utilizar por el CAC, buscando las ubicaciones idóneas para la sala de urgencias con su medicación imprescindible, asignación de la medicación, el carro de paradas y la nevera que se precise. Se valoró también la situación del almacén de medicamentos y la organización de éste.

Acabada la planificación de espacios, se organizó la colocación de cajetines adecuados para la conservación de los medicamentos, se etiquetaron y se protegieron con especial atención los fotosensibles y se ubicándose en nevera los termosensibles con control periódico de temperatura.

Se organizó y revisó el carro de paradas y el maletín de urgencias según la hoja de medicación preestablecida por la Comunidad Autonóma.

Se dispuso en las ubicaciones la documentación preceptiva para la correcta utilización de los medicamentos y funcionamiento de los procesos de atención en el CAC.

RESULTADOS

Se gestionó la apertura de 3 nuevos CAC y se revisaron los 2 anteriores que ya estaban operativos.

Desde octubre 2022, hasta la apertura de los 3 CAC, se han ha revisado tres veces cada centro. La primera visita con personal de mantenimiento para adecuar espacios; la segunda para recepcionar y colocar la medicación y el material fungible con ayuda de un TCAE y la tercera para supervisar la entrega de estupefacientes y el procedimiento de custodia.

Se inauguraron los CAC sin ninguna incidencia en cuanto a la medicación.

CONCLUSIÓN

La revisión y control de los espacios sanitarios por parte del FAP facilitó el despliegue de nuevos centros de atención sanitaria y redujo las incidencias iniciales relacionadas con el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios en su apertura.

El correcto etiquetado y custodia de los medicamentos, aumentan la seguridad del paciente, minimizando los riesgos de errores en centros de nueva apertura y que disponen de personal de tipo rotatorio.

ID: 12510

REORIENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA HACIA ESTRATEGIAS COLABORATIVAS. ¿FUNCIONA?

Alonso Fito, Luisa [1]; Casado Reina, Cristina [2]; Reques Sastre, Berta [3]; Escudero Crujera, Leticia [4]; Aguilella Vizcaíno, Rafael [5]; Jimenez Moreno, Pablo [6]

Unidad de Farmacia NORTE. DA Norte SERMAS., [2] Unidad de farmacia dirección asistencial norte., [3] Unidad de farmacia Dirección asistencial norte SERMAS, [4] Unidad de atención a Residencias dirección asistencial norte. SERMAS, [5] Unidad de Farmacia dirección asistencial norte SERMAS, [6] Unidad de Farmacia Direacción asistencial Norte sermas

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Ácido Acetilsalicílico, ISRS, citalopram, escitalopram, STOPP, farmacéutico, inhibidor de recaptacion de serotonina

OBJETIVO

Comparar dos estrategias de mejora de seguridad de la prescripción en los centros de salud (CS) de nuestra área de Atención Primaria (aAP) tras un cambio de forma de trabajo de la unidad de farmacia (UF) para el abordaje los indicadores de seguridad de prescripción (ISP). Un planteamiento más colaborativo con los profesionales del centro de salud (CS) y mayor implicación clínica del farmacéutico (FAP).

MATERIAL Y MÉTODO

En nuestro servicio sanitario autonómico (SSA) el sistema de gestión de calidad (SGC) realiza seguimiento de varios ISP por CS y por aAP y compara los CS según el percentil que ocupan para cada ISP (a mayor percentil, mejor resultado). En 2022, tras una reunión estratégica entre la dirección del aAP y las UF, se estableció una nueva política de trabajo y colaboración con los CS para mejorar sus indicadores de prescripción, priorizando los ISP.

Para buscar robustez en la validación de la estrategia de intervención (EI), se priorizó trabajar dos ISP con distinto punto de partida en 2022:

- Mal punto de partida, "%pacientes ≥74años con prescripción de AAS >150mg (AASi)" y
- Buen punto de partida "%pacientes con (Es)Citalopram a dosis superiores a las recomendadas en ≥65años (ISRSi)".

A continuación, la estrategia diseñada:

Realizar en todos los CS de nuestro aAP reuniones de carácter colaborativo multidisciplinar: médico de familia y/o pediatra (MF), enfermera, FAP y personal de unidad administrativa (UA). En dicha reunión se consensuaría una EI individualizada y adaptada a cada CS, dirigida a mejorar los ISP seleccionados.

Implantación y desarrollo de la EI durante 2022.

Análisis comparativo de los resultados de 2022 respecto a 2021 (estrategia tradicional) de: Evolución de los ISP.

CS que mejoran su percentil respecto al resto de CS del SSA en relación a cada ISP.

RESULTADOS

Los datos de nuestro aAP a continuación son expuestos como:

Evolución de los ISP: (Valor inicial; Variación porcentual respecto valor inicial).

Respecto al SGC de la Comunidad Autónoma (CA): %CS que mejoran el percentil (2021 vs 2022) AASi:

ISRSi:

2021 [aAP (8,02%; -15,58%); CA (5,87%; -27,75%)] vs 2022[aAP (6,77%; -59,98%.); CA (4,24%;

-40,92%)].

%CS mejora percentil(2021vs2022): [aAP (11,4%vs82,9%); CA (38,9%vs 40,1%)]

2021 [aAP (15,85%; +12,55%); CA (18,11%; +5,43%)] vs 2022 [aAP (17,83%; -22,50%); CA (19,10%;

-8,67%)]

%CS mejora percentil(2021vs2022): [AS (37,1%vs77,1%); CA (43,5%vs 47,3%)]

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Con la estrategia colaborativa la reducción de pacientes con prescripciones de riesgo en ambos ISP fue superior que con la estrategia tradicional. La mejora del porcentaje de CS que aumentó su percentil es notoria en ambos indicadores, con lo que la estrategia de 2022 mostró robustez tanto en CS bien posicionados como en CS con mal punto de partida.

Elaborar las estrategias de manera conjunta incluyendo mayor implicación clínica del farmacéutico consiguió unos resultados mejores que estrategias tradicionales.

Referencias

1 Delgado Silveira E, Montero Errasquin B, Munoz Garcia M, Velez-Diaz-Pallares M, Lozano Montoya I, Sanchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96.

2 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke

Association [Internet]. [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0000000000000375

3 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2011, December 2). Escitalopram: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. BOLETINES MEDICAMENTOS USO HUMANO, SEGURIDAD. Referencia: MUH (FV).

https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2011/ni-muh_23-2011/

ID: 12516

CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, VALIDACIÓN Y DISPENSACIÓN DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez Esquíroz, Andrea [1]; Aldave Cobos, Paula [2]; Sanz Álvarez, Lorea [2]; García Gonzalez, Patricia [2]; Garjón Parra, Javier [2]; Fresán Restituto, Daniel [2]

Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, [2] Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: COVID-19, Atención Primaria, Interacciones, Farmacéutico, Nirmatrelvir/ritonavir

PROBLEMA

Nirmatrelvir/ritonavir(NR) está indicado en pacientes COVID con alto riesgo de progresar a grave. Es susceptible de producir un alto número de interacciones que comprometen la seguridad del paciente. La difícil accesibilidad desde las áreas rurales a los hospitales dificulta el acceso al medicamento en el caso de dispensarse desde los servicios de farmacia hospitalaria(SFH).

ANÁLISIS

Se priorizó facilitar la accesibilidad del fármaco a los pacientes en los distintos niveles asistenciales, asegurando una validación y dispensación en el menor tiempo posible y de la forma más segura.

PROPUESTAS

Se establecieron 2 circuitos.

Circuito 1. Dispensación en oficina de farmacia(OF):

Atención primaria(AP) y atención especializada(AE) prescriben en receta electrónica(RE). Se añadió la condición de visado para incorporar la validación farmacéutica (habitualmente por los farmacéuticos de AP(FAP) y fuera de su horario en los SFH).

La aceptación del visado genera un SMS al paciente indicando que puede solicitar el tratamiento en la OF. En el caso de denegación, se recomienda contactar con el médico.

Circuito 2. Dispensación en SFH y sociosanitarios:

En pacientes ingresados se prescribe en historia clínica, se valida por los farmacéuticos y se dispensa en el SFH. En hospital de día, consultas externas y urgencias pueden elegir el circuito. Etapas:

- Se diseñó el protocolo.
- Se incluyeron los fármacos contraindicados en un sistema de ayuda a la prescripción electrónica(SAPE). Éste bloquea la prescripción en caso de contraindicación absoluta y muestra alertas a los prescriptores sobre las interacciones teniendo en cuenta el tratamiento completo del paciente.
- Se recomendó contactar antes de la prescripción con los FAP o farmacéuticos del SFH.
- Se habilitó el visado obligatorio para la prescripción por medio de la RE.
- Se desarrolló el envío de SMS al paciente tras la resolución del visado.

RESULTADOS

En un año, 159 tratamientos solicitados a través de RE fueron validados por un FAP. En 20 pacientes(13%) se ajustó la dosis a función renal. Se detectaron 168 interacciones relevantes en 83 pacientes(52%), que suponían un cambio en su tratamiento habitual. Los grupos terapéuticos implicados fueron: estatinas(43 interacciones; 26%), anticoagulantes(18;11%), antihipertensivos(18;11%), medicamentos urológicos (16; 10%), opioides(15;9%), ansiolíticos(11;7%) y tratamientos onco-hematológicos(11;7%). Las recomendaciones más frecuentes fueron: suspensión del fármaco(89;53%), reducción de la dosis(38;23%) y monitorización de efectos adversos(EA) (22;13%).

La validación farmacéutica ha permitido evitar la aparición de EA e interacciones farmacológicas, mejorando la seguridad de su uso. El elevado número de interacciones con fármacos de uso frecuente confirma la necesidad de esta medida.

El desarrollo de SAPE evita problemas graves relacionados con los medicamentos, bloqueando la prescripción de

NR cuando existe contraindicación absoluta.

ID: 12519

LA VITAMINA D, UN ERROR DE MEDICACIÓN FRECUENTE AL QUE NO SE LE DA SUFICIENTE IMPORTANCIA

Alonso Fito, Luisa [1]; Jiménez Moreno, Pablo [2]; Casado Reina, Cristina [3]; Reques Sastre, Berta [4]; Aguilella Vizcaíno, Rafael [5]; Escudero Crujera, Leticia [6]

Unidad de Farmacia NORTE. DA Norte SERMAS., [2] Unidad de Farmacia dirección asistencial norte SERMAS, [3] Unidad de farmacia dirección asistencial norte SERMAS, [4] Unidad de Farmacia Direccion asistencial Norte SERMAS, [5] unidad de farmacia dirección asistencial norte. SERMAS, [6] Unidad de atención a residencias. dirección asistencial norte. SERMAS

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Vitamina D, seguridad del paciente, perfil no firmante, farmacéutico, error de medicación

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cantidades diarias superiores a 4000UI/día de suplementación de vitamina D, mantenidas de forma crónica pueden ser tóxicas.

Ante la detección por Farmacéutica de Atención Primaria (FAP) de un caso con dosis total prescrita muy superior a la recomendada, se decidió hacer una intervención en los 5 centros de salud (CS) de los que es referente.

ANÁLISIS

Un equipo de FAP, entre los que estaba la referente, se reunió para identificar factores que pudieron contribuir a los errores de prescripción en calcifediol. Se identificaron:

Módulo de prescripción informática (MPI) indica por defecto la pauta "horas"

El MPI a no tiene una herramienta que detecte y notifique las dosis excesivas.

Percepción de ausencia de riesgo en los profesionales.

Falta de tiempo en consulta.

PROPUESTAS DE MEJORA Y PLANES DE ACCIÓN

Detección y análisis de los pacientes con pautas de calcifediol de 5 CS, identificación de los pacientes con dosis media diaria prescrita >4000UI/día. Análisis de los tipos de error por la FAP

Evaluación por la FAP de los pacientes detectados, inclusión de su valoración en nota en historia clínica (HCE) y gestión individualizada del caso de acuerdo a los siguientes supuestos:

Propuesta de cambio de pauta con perfil prescriptor no firmante en casos en los que se localiza la pauta correcta en HCE y las dispensaciones coinciden con esta. Valoración de propuesta y confirmación por parte del médico de familia o pediatra(MF), a través del apartado de pendientes del MPI

Derivación de paciente a MF si:

- No se puede localizar pauta correcta y dispensaciones que sin riesgo de toxicidad: plazo 7-10 días laborables.
- Dispensaciones con riesgo de toxicidad: Anulación cautelar de prescripción y derivación en el día.
- Análisis de los 100 primeros pacientes de un CS para cuantificar riesgo real.
- Se establece realizar la acción de manera secuencial por CS, entre el 13/01/23 y el 13/02/23, del corte realizado a 13/01/22.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Se cumplió el 100% del plan establecido en tiempo y forma en los 5 CS. Se detectaron 3 tipos de errores posibles:

- **Tipo1**: Nº de dosis errónea (ej. CATORCE cápsulas cada 14 días) Tipo2: Frecuencia inadecuada (ej,1 cápsula cada TRES días)
- **Tipo3**: Unidad de tiempo inadecuada (ej,1 cada 7HORAS), el 98% de los casos correspondía a este tipo y en concreto a unidad de tiempo en HORAS

Se detectaron 346 pacientes con prescripciones de calcifediol 16.000UI cada "horas" en vez de cada "semanas".

Con respecto al análisis en 100 pacientes:

El 86% de los pacientes recogió más cantidad que la pauta crónica especificada en HCE (Media 4,4vED, máx 27vED). El 16%(N=16) tuvo dispensaciones totales anuales compatibles con toxicidad. El 69% de las prescripciones provenían de AP. En AH destacan nefrología(6%), medicina interna(5%), digestivo(4%), reumatología(4%). Por lo que se informó también a las comisiones de continuidad asistencial de los hospitales de referencia de los centros

Referencias

1 Oficina de Suplementos Dietéticos (ODS) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH). (2022, November 8). Dietary Fact sheets, Vitamin D . https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-DatosEnEspanol/

ID: 12524

Circuito consensuado por el equipo de atención primaria para atender a la población que acude sin cita o de manera urgente.

Domínguez Bermejo, Alicia; Barrios Ortíz, Nuria Piedad; Fernández Vázquez, Alba; Recio Fernández de Sevilla, Josefa; Costumero García, Mónica; Valledor García, Irene

CS Monterrozas

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

ANÁLISIS

Dado el aumento de las demandas asistenciales de la ciudadanía acudiendo de manera urgente y sin cita al centro de salud, se detecta una necesidad de organizar un circuito consensuado en el equipo para atender de forma efectiva, eficiente y satisfactoria en un plazo de tiempo adecuado la necesidad percibida por el usuario.

OBJETIVOS

Priorizar la atención urgente, no demorable y demorable. Educar a la población en educación sanitaria.

METODOLOGÍA

La organización del circuito tiene la siguiente estructura:

Cuando se acude a la Unidad administrativa demandando atención urgente. El personal administrativo explica al usuario que no hay personal designado a urgencias, existen sólo agendas con pacientes programados con cita previa y se deriva a una valoración por enfermería.

Se le cita a ser posible con su enfermera/o, si no con otro profesional enfermero, y se escriben palabras clave en las observaciones de la cita que relacionen la petición para priorizar la espera entre otras demandas o tareas pendientes en el momento.

Definición del motivo de consulta. Se abre un episodio en su Historia clínica utilizando la clasificación CIAP-2 en AP- Madrid.

Valoración a través del protocolo de Atención al paciente en urgencias de los datos asociados a aparición de sintomatología, duración, intensidad, exploración física necesaria y signos vitales; así como registro de antecedentes médicos y personales. De esta manera se completan los Datos Generales del Paciente.

Intervención enfermera. Registro en Historia clínica de las acciones de diagnóstico enfermero y cuidado directo realizado.

Resolución de la demanda con la atención enfermera o derivación a otro profesional. Se programan citas con enfermería para seguimiento/revisión de planes personales, planes de cuidados, próximas vacunaciones o pruebas complementarias asociadas a patología crónica pendiente.

Si no se resuelve la demanda se deriva al médico de manera urgente, no demorable o demorable. Según la necesidad de atención se programa consulta presencial/telefónica con el médico de familia en el plazo más próximo posible o forzando una cita en ese momento en la agenda del médico que corresponda.

RESULTADOS ESPERABLES

La enfermería es el primer profesional sanitario que va a encontrar cuando acudan de manera urgente y aprovecha ese contacto para dar educación para la salud a la población. De los sistemas alternativos de citas, del mal uso de una atención urgente cuando no lo es, de gestiones que se pueden resolver de otra manera, fomentar autocuidados y de promocionar y poner en valor la figura de la enfermera como elemento preventivo y de promoción para la salud.

De esta manera la gestión de la demanda es más ágil, efectiva y eficiente. Con esta organización interna de trabajo se potencia la colaboración y comunicación entre todos los profesionales, mejorando la atención y la calidad de los cuidados. Trabajando bajo una sistemática consensuada hay menos errores y aumentamos la seguridad y la satisfacción del paciente.

ID: 12530

MODIFICAR FALSAS CREENCIAS PARA MEJORAR EL DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO

GARCIA VILA, SILIVA [1]; GALLARDO, MARIA ISABEL [2]; MORENO CARRERO, PATRICIA [3]; HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, MARIA EUGENIA [4]; CALVO PANIAGUA, JOSE [5]

[1] CENTRO SALUD BUENOS AIRES, [2] CENTRO SALUD VALDELASFUENTES, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, [4] CENTRO SALUD ARROYO DE LA VEGA, [5] C.S. ESPRONCEDA

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/ANÁLISIS PARA EL PROBLEMA PLANTEADO

El dolor crónico afecta al 20% de la población y la prevalencia va en aumento. El impacto económico del dolor es de entre el 2,5-3% del PIB.

Actualmente el tratamiento del dolor está fundamentado en un paradigma muy clásico (modelo patoanatómico) donde si hay dolor, hay daño, sin tener en cuenta el resto de factores psicosociales que han demostrado afectar al pronóstico del dolor y la discapacidad. El dolor crónico no es un dolor agudo mantenido en el tiempo, es una entidad diferente con una neurofisiología distinta en el que el abordaje también debe ser diferente.

Las creencias del paciente sobre las causas del dolor y el miedo con que se afronta éste, son factores fundamentales en la cronificación del dolor. En muchos casos, esas creencias se forman o potencian desde las consultas de los profesionales sanitarios, principalmente debido a una falta de actualización de los mismos con respecto al dolor y sus causas. Evitar falsas creencias o modificar las ya existentes es un reto importante en el abordaje del paciente con dolor crónico.

El tratamiento de primera línea es la educación terapéutica: desaprender las falsas creencias en relación con el dolor para conseguir el empoderamiento del paciente. Esta intervención carece de efectos secundarios y favorece la seguridad de la persona.

OBJETIVO/S A CONSEGUIR

Reconceptualización del dolor musculoesquelético crónico y sus causas.

Disminuir la instauración de falsas creencias en torno al dolor musculoesquelético en los pacientes.

METODOLOGÍA A APLICAR

Realizar sesiones clínicas para todo el equipo de AP donde se informe de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica en el dolor musculoesquelético así como de las falsas creencias en el abordaje del dolor.

Intervención educativa a las personas atendidas para abordar falsas creencias sobre el dolor y las causas de cronificación del dolor musculoesquelético en la consulta de fisioterapia. Algunas de estas falsas creencias a abordar son:

- El dolor es reflejo directo de daño tisular.
- El tratamiento del dolor tiene que orientarse al órgano o sistema en disfunción.
- El dolor nos indica que hay que parar, hacer reposo.
- Los cambios observables en pruebas de imagen son la causa del dolor.
- Las malas posturas son causa de dolor.
- Las técnicas intervencionistas en el paciente con dolor crónico son las que aportan mejores resultados.

RESULTADOS ESPERABLES

Cambiar el significado del dolor aportando nueva información, conocimientos actualizados sobre dolor e información a través de formas diferentes de moverse, probando ejercicios y rutinas nuevas.

Favorecer la implicación, entendimiento y afrontamiento activo por parte de las personas para que los resultados sean exitosos y duraderos.

Reproducción de la intervención en todas las consultas de los profesionales sanitarios del equipo.

ID: 12535

INCORPORACIÓN DE LA FISIOTERAPIA MULTIMODAL EN LA VÍA RÁPIDA DE CADERA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

García Vila, SilviaRCIA VILA, SILVIA [1]; Fernández Muñoz, Ángel Manuel [2]; Ferreira, Tirso [3]; Escobar Herrero, Paloma [4]; Chamorro Comesaña, Antonio [3]; Varela Mariño, Javier [5]

Centro de Salud Buenos Aires, [2] CS San Martín de la Vega, [3] Hospital Álvaro Cunqueiro, [4] Hospital Nicolás Peña., [5] Hospital. Centro Integral de Salud Taboada Leal

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La vía rápida de cadera tras una fractura, no cuenta con la Fisioterapia para inicio precoz de la recuperación de las capacidades funcionales. La Fisioterapia ambulatoria se inicia tras la consulta de seguimiento de COT, con hasta 2 meses y medio de retraso.

Esta falta de seguridad asistencial favorece las complicaciones y secuelas: trombosis, encamamientos, pérdida de independencia funcional,..

ANÁLISIS

La incorporación del fisioterapeuta al equipo multidisciplinar, con tratamientos multimodales precoces, incorporando a la familia/cuidador, mejorará la experiencia del usuario, aportará más calidad al proceso asistencial, y aumentará la seguridad del paciente en su recuperación.

OBJETIVOS

Incorporar al fisioterapeuta en el equipo multiprofesional, para inicio precoz de la Fisioterapia multimodal.

Aumentar la seguridad reduciendo las complicaciones (tromboembolismo, úlceras por presión,...).

Incorporar al familiar/cuidador.

Facilitar los cuidados de Enfermería, aumentando la autonomía e implicando al familiar/cuidador.

Reducir los tratamientos ambulatorios presenciales mediante material informativo y formativo para paciente y familiar/cuidador

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Se establece un programa de Fisioterapia multimodal en prótesis programadas y fracturas de caderas para todos los pacientes operados de fractura de cadera y la mayoría de las prótesis programadas.

METODOLOGÍA

Incorporación de un fisioterapeuta en los equipos multidisciplinares (Traumatología, Geriatría y Enfermería), con inicio de la Fisioterapia al día siguiente de la intervención.

Se involucra al familiar/cuidador como parte esencial del programa, con intervenciones educativas y formativas en la realización de los ejercicios terapéuticos y las ABVD, y se entrega el material en soporte papel/vídeos.

Al alta hospitalaria el seguimiento es telefónico-semanal hasta la consulta de revisión con Traumatología.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Se ha pasado de 36 pacientes en lista de espera a ninguno actualmente, ya que todos los casos se siguen desde que se incorporan al programa. Se han tratado 231 casos de fracturas y 60 prehabilitaciones de cirugías programadas.

En 9 casos ha sido necesaria una única consulta presencial ambulatoria (3,90%), frente a las 5–7 sesiones ambulatorias que realizaban el 100% de los pacientes previo al programa.

CONCLUSIONES

Prácticamente el 100% de los casos (96%), se pueden continuar con seguimientos telefónicos.

El diseño de este programa permite avanzar en líneas estratégicas como el aumento de la Seguridad del paciente en intervenciones de cadera; mejorar la Calidad en su abordaje incorporando al fisioterapeuta; avanzar hacia la Humanización en la atención; incorporar al paciente y familiar/cuidador en el proceso de recuperación; y fomentar una gestión racional de las sesiones de Fisioterapia y el transporte sanitario.

ID: 12543

El idioma, una barrera infranqueable.

Catalina Hernán, Raquel
UCPD Centro

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Uso seguro de la medicación
Palabras clave: Metamizol, agranulocitosis, etnicidad.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 92 años afectada de cáncer de mama metastásico, es derivada al equipo de soporte de atención paliativa domiciliaria (ESAPD) por recomendación del centro hospitalario del que ha sido dada de alta; no cuenta con familia directa y los cuidados recaen en dos cuidadoras formales que no hablan castellano. Desde el centro de salud (CS) sólo emiten la derivación no urgente, sin valorar en persona a la paciente.

Cuando el ESAPD acude al domicilio 3 días después, la encuentran con importante deterioro del estado general y fiebre elevada, sin claro foco infeccioso. Con una aplicación móvil como traductor, averiguan que recibe el doble de la dosis diaria prescrita de metamizol al administrársele concomitantemente sus formas genérica y comercial porque sus cuidadoras no identificaron que ambas presentaciones correspondían al mismo fármaco.

La paciente reclama ser derivada a urgencias para ampliar estudios y recibir tratamiento, donde se diagnostica agranulocitosis por la analítica sanguínea. Revisando informes de otros hospitales se encuentra una alerta de predisposición a agranulocitosis por origen étnico.

Finalmente fallece por septicemia.

ANÁLISIS

Siguiendo el protocolo de Londres se identifica como error la prescripción de metamizol y, secundariamente, la falta de adherencia a la pauta, que se produce basándose en las acciones inseguras:

Ausencia de historia clínica unificada, al menos, en la Comunidad Autónoma. Omisión de los profesionales del CS de valoración previa a la derivación a ESAPD.

Los factores contributivos identificados están relacionados con:

- **Decisiones gerenciales y procesos organizacionales**: no existe una historia clínica informatizada única para todo el territorio nacional, lo que produce pérdida de información clínica y falta de coordinación en la atención sanitaria. Tareas y tecnología: desde el CS no cumplen el protocolo de atención al paciente con necesidades paliativas al activar al ESAPD.
- **Equipo de trabajo**: en el hospital no comprueban que paciente y cuidadoras comprenden la pauta farmacológica prescrita.
- **Paciente**: desconoce su predisposición a padecer agranulocitosis por su origen étnico.
- **Individuo**: por la barrera idiomática, las cuidadoras no identifican que ambas presentaciones corresponden al mismo fármaco.

CONCLUSIÓN

El seguimiento de pacientes complejos desde AP funciona como un primer filtro para detectar debilidades del sistema e iniciar las correcciones necesarias. Por ello, se debe reivindicar y reforzar su papel como figura principal en la atención y cuidado de los pacientes y no limitarse, como en este caso, a ser un transmisor de solicitudes.

Además, instruir adecuadamente a pacientes y cuidadores es una tarea beneficiosa para ellos mismos, al empoderarles en su cuidado y prevenir errores, y para el sistema sanitario, donde se agiliza la atención y ahorran costes.

Este caso, con un final fatal, recuerda la necesidad de una historia clínica única y la importancia de la continuidad asistencial.

Referencias

1 Shah RR. Metamizole (dipyrone)-induced agranulocytosis: Does the risk vary according to ethnicity? J Clin Pharm Ther 2019;44(1):129-133. DOI: 10.1111/jcpt.12768

2 Hoffmann F, Bantel C, Jobski K. Agranulocytosis attributed to metamizole: An analysis of spontaneous reports in EudraVigilance 1985- 2017. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 2020;126(2):116-125. DOI: 10.1111/bcpt.13310

ID: 12549

"Seguridad del paciente en la prescripción de ejercicio físico terapéutico". Un proyecto para las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria.

CALVO PANIAGUA, JOSE [1]; MONSALVE MARTÍN, CARMEN MARÍA [2]; TORIJA LOPEZ, HELENA [3]; DÍAZ REGADERA, CRISTINA [3]; LORENZO SÁNCHEZ-AGUILERA, CRISTINA [4]

[1] C.S. ESPRONCEDA, [2] C.S. ALMENDRALES, [3] C.S. GUAYABA, [4] C.S. POTOSÍ

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: seguridad, ejercicio físico terapeutico, fisioterapia, Atención Primaria, educación para la salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/ANÁLISIS PARA EL PROBLEMA PLANTEADO

En las Unidades de fisioterapia de Atención Primaria son derivados diariamente pacientes cuyo principal problema es el desacondicionamiento físico provocado por una inexistente actividad física. En las consultas de fisioterapia los pacientes plantean algunas de las siguientes cuestiones:

Con esto que tengo, ¿puedo hacer ejercicio? o ¿ese ejercicio en concreto?

Empecé a ir al gimnasio, pero me hice daño y lo dejé.

Los fisioterapeutas detectan errores de prescipción o de dosificación de ejercicios, y a veces el paciente recibe mucha información por diversas vías (internet, amigo, revistas,etc) y no sabe que es lo que debe hacer pudiendo llevar a fragilizarlo.

La Prescripción del ejercicio terapéutico (PET) es una herramienta ampliamente avalada, propia de los fisioterapeutas que permite realizar intervenciones efectivas dirigidas a individuos y comunidades creando una adherencia al tratamiento (7) estableciendo un plan de ejercicio de manera individualizado con seguridad y sin riesgos.

El fisioterapeuta es el único profesional sanitario que combina el conocimiento en salud con el entrenamiento físico, que dista mucho de otras profesiones no sanitarias que trabajan con ejercicio, las cuales en un momento dado pueden dar apoyo a este proceso, una vez el paciente se encuentre rehabilitado.

La mayor parte de la sociedad carece de conocimientos básicos sobre prevención y promoción por ello, los fisioterapeutas de Atención Primaria deben potenciar su función comunitaria en este ámbito asistencial siendo profesionales de referencia en la prescripción de ejercicio físico en pacientes con patologías de base.

Se trata por tanto que los sistemas sanitarios adquieran un compromiso social para dotarla de una cultura con hábitos saludables entre los que la actividad física preventiva debe estar incluida.

OBJETIVO/S A CONSEGUIR

- Potenciar de forma segura la adherencia a la prescripción de ejercicio físico terapéutico definiendo una intervención de fisioterapia comunitaria

Objetivos secundarios:

- Ayudar a la población con patologías asociadas a la iniciación de ejercicio terapéutico para dirigirles hacia la actividad física comunitaria, siempre supervisado por el profesional de fisioterapia.
- Resolver las dudas en cuanto a ejercicio terapéutico que puedan surgir en el individuo para alcanzar su interés y expectativas a lograr con la realización del mismo.

METODOLOGÍA A APLICAR

Sesiones de educación para la salud de una hora y media de duración con 20-30 participantes tanto pacientes como profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERABLES

Implicación de la población para la introducción del ejercicio como hábito saludable liderado por fisioterapeutas de Atención Primaria estableciendose como profesional de referencia en la potenciación del ejercicio físico y prevención frente al sedentarismo.

Referencias

1 Comparison of effectiveness of the home exercise program and the home exercise program taught by physiotherapist in knee osteoarthritis _ Cochrane Library.

2 . Coll-Fernández R, Coll R, Muñoz-Torrero JFS, Aguilar E, Ramón Álvarez L, Sahuquillo JC, et al. Supervised versus non-supervised exercise in patients with recent myocardial infarction: A propensity analysis. Eur J Prev Cardiol. 2016 Feb 1;23(3):245–52.

3 Alemán Sánchez JJ. Guiá de prescripción de actividad fısica para profesionales de atención primaria Canarias. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife; 2012.

4 . Jansons PS, Robins L, Haines TP, O'Brien L. Barriers and enablers to ongoing exercise for people with chronic health conditions: Participants' perspectives following a randomized controlled trial of two interventions. Arch Gerontol Geriatr. 2018 May 1;76:92–9.

5 Jansons P, Robins L, O'Brien L, Haines T. Gym-based exercise and home-based exercise with telephone support have similar outcomes when used as maintenance

programs in adults with chronic health conditions: a randomised trial. J Physiother. 2017 Jul 1;63(3):154–60.

6 Jansons P, Robins L, O'Brien L, Haines T. Gym-based exercise was more costly compared with home-based exercise with telephone support when used as maintenance programs for adults with chronic health conditions: cost-effectiveness analysis of a randomised trial. J Physiother. 2018 Jan 1;64(1):48–54.

7 Perelló Bratescu A. En dolor persistente también... Primum non nocere. AMF. 2023 Nov 4;62–4.

8 The implementation and eectiveness of Brief Physical Activity Counselling by Physiotherapists (BEHAVIOUR) on levels of patient physical activity.

9 Organization WH. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles. 2020;

10 Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013;63(5):295–317.

11 McNeely ML, Dolgoy N, Alonazi M, Suderman K. The interdisciplinary rehabilitation care team and the role of physical therapy in survivor exercise. Clin J Oncol Nurs.

2016;20(6):8–16.

12 Gallois M, Davergne T, Ledinot P, Ravaud P, Regnaux JP. Dosage of Preventive or Therapeutic Exercise Interventions: Review of Published Randomized Controlled Trials and Survey of Authors. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2017;98(12):2558-2565.e10.

13 Feng C, Adebero T, Depaul VG, Vafaei A, Norman KE, Auais M. A Systematic Review and Meta-Analysis of Exercise Interventions and Use of Exercise Principles to

Reduce Fear of Falling in Community-Dwelling Older Adults. Phys Ther. 2022;102(1):1–16.

ID: 12556

Comunicación interna y externa entre profesionales, ante una demanda de atención urgente

Garcia Olivé, Magdalena; Hernández Anadon, Marta; González García, Nereida; de la Cruz Morillo, José Mª; El Mesnaoui, M. Issam; Moreno Trujillo, Ana

Equipo de atención primaria del Morell

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Comunicación interna, ACR, atención final de vida.

DESCRIPCIÓN

El SEM llama al EAP (Equipo de AP), para dar respuesta a una demanda de domicilio urgente. El administrativo que la recibe, llama al teléfono del consultorio rural y envía un mensaje por una aplicación "chat interno" (Spark) al médico. No recibe respuesta ni por el teléfono fijo ni por el Spark, ya que en ese momento el médico estaba en otro domicilio urgente. El médico recibe más tarde una llamada del SEM donde se le informa que se abre un incidente por negarse a dar asistencia. El médico explica que no se había negado, ya que no se le había comunicado. Posteriormente el médico y la enfermera van a dicho domicilio, estos ya conocían la situación de final de vida de la paciente y que la familia había decidido que no querían medidas ni instrumentación agresiva, pero en el momento inminente de la muerte, se llamó al SEM.

Análisis ACR: se elaboró un análisis causa raíz por el equipo de atención primaria, la dirección, la responsable de seguridad de pacientes con la ayuda de la responsable de la Unidad territorial de SP. Se determinó la cronologia de los hechos, las Acciones inseguras y factores contribuyentes: El médico no avisó que salía del consultorio para atender un domicilio. La demanda del segundo domicilio se agendó en una visita telefónica. El administrativo no lo comunicó directamente. Se había activado el equipo de PADES por vía telefónica, sin utilizar la aplicación de atención a la cronicidad. No se había actualizado el Plan de intervención individualizado y compartido (documento que está en la historia clínica que se comparte con todos los niveles de atención sanitaria).

Prácticas seguras: estaba el diagnóstico de atención paliativa, el equipo de PADES estaba informado, en la historia constaba que la familia no quería medidas agresivas. El equipo dispone de plan de comunicación interna y rueda de incidencias para las demandas urgentes.

Qué hemos aprendido: La atención en situación de final de vida es compleja y la decisión de la familia puede cambiar. Los sanitarios deben ser precisos al registrar en la historia clínica y explicar cómo será la evolución de su familiar. Tener bien descrito los circuitos de comunicación interna de los profesionales, estos los deben conocer y saber aplicarlos. Disponemos de herramientas como el PIIC y el plan de comunicación interna para dar una atención de calidad. El plan de comunicación interna se revisó después del evento adverso. Se trabajó con el equipo de enfermeria, la detección de pacientes crónicos complejos y la elaboración de calidad del Plan de intervención individualizado y compartido.

ID: 12561

VECINOS INVASORES Participación de los celadores de los CS en la SP al ocupar dos centros de salud el mismo edificio de forma repentina

Zamarrón Fraile, María Ester [1]; Ruiz Oviedo, Encarnación [2]; Collar Liébana, Alfonso [2]; Martínez Panadero, David [2]; Ortega Fernández, Manuel [3]; Prada Martín, Iván [3]

CS Baviera, [2] Cs Baviera, [3] CS Prosperidad

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Seguridad Paciente- Cohabitación súbita-Adaptación

Se produce un derrumbe del techo de la sala de espera de un CS, cercano a nuestro CS y se tienen que reubicar de un día para otro las consultas médicas y de enfermería y la unidad de atención al usuario para mantener una continuidad asistencial.

ANÁLISIS

Se objetivan varios puntos de posible conflicto

Los pacientes al acudir al CS pensaban que funcionaban como un único CS y se dirigían indistintamente al primer profesional que veían libre, sin entender que la base de datos de los pacientes era diferente en cada CS, apareciendo situaciones en las que no se podía citar al paciente al no aparecer por ser del otro centro.

Se tuvo que compartir la sala de extracciones con el consiguiente riesgo de confusión en el almacenaje y transporte de muestras.

Los profesionales sanitarios del CS invasor ocuparon consultas, al inicio de forma itinerante y sin estar etiquetadas con el nombre del profesional en la puerta, los pacientes tenían dificultad en encontrar el lugar donde iban a ser atendidos por su médico/a o por su enfermero/a.

Los pacientes del CS siniestrado, cuando se enteraban que ahora iban a ser atendidos en nuestro CS, contactaban a través del teléfono que aparecía como de este centro, con el mismo problema que cuando acudían presencialmente para ser identificados en la base de datos de pacientes

El centro estaba abarrotado en momentos puntuales como el inicio de la actividad

En la apertura del CS se producían aglomeraciones al coincidir los pacientes de ambos CS que acudían a extracciones, y a las diferentes consultas, con el agravante que la población de nuestro CS es de avanzada edad y se ayudan de bastones y andadores que dificultaban aún más la circulación de personas con el consiguiente riesgo de accidentes.

PLANES DE ACCIÓN

Dividir la UAU en 2 espacios separados identificando cada espacio como correspondiente a un CS.

A la entrada del CS se instaló un punto de información que distribuía a los pacientes al espacio que correspondía a su CS

Los celadores están en la entrada del CS en esas primeras horas para informar a los pacientes donde se tiene que dirigir, evitar aglomeraciones y ayudar a los pacientes discapacitados.

Identificar con un papel provisional los profesionales que están en cada consulta en esos momentos y revisión del centro habitualmente por si hay pacientes perdidos que precisen ayuda.

Se elaboró un listado de donde se ubica cada profesional sanitario en cada momento y estos listados son compartidos por ambos CS para poder informar correctamente a los pacientes

Se ha establecido un buen ambiente de colaboración en la UAU entre los profesionales de ambos CS que garanticen la adecuada atención de los pacientes en todo momento sobre todo en situaciones de urgencia

RESULTADOS CONSEGUIDOS

No se ha identificado ningún EA relacionado con esta situación.

Los pacientes y los profesionales de ambos CS cohabitan en el mismo entorno físico con un ambiente de respeto mutuo que facilita una atención segura

ID: 12562

INTERVENCIÓN DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA DETECCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA CONCILIACIÓN DE TRATAMIENO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR EL FAP

Moreno Salamanca, Raquel; Gómez Cercas, Alicia Leonor; López Resa, Isidro; Simón García, Lara; Choclán Hermosilla, Aida; Rodríguez Codesal, Marta

UAR 1 Dirección Asistencial Oeste

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Seguridad. Errores. Medicación. Notificación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 61 años, institucionalizado desde hace 2; diabético tipo 1 desde los 15 años de edad con muy mal seguimiento y con las siguientes complicaciones asociadas: Retinopatía, polineuropatía, nefropatía y gastroparesia diabética, además de hipertensión, ACV y anemia por déficit de FE y VIT B12.

Es derivado desde la residencia al hospital por cuadro de vómitos y anorexia el 15 de enero del 2023. Permanece ingresado 20 días con diagnóstico de: neumonía basal izquierda, cetoacidosis diabética grave, desnutrición proteica severa y úlcera vascular diabética en dedo del pie.

Al ingreso hospitalario tenía prescritos 20 fármacos y en el informe de alta hospitalaria sólo aparecen 12, de los cuales 2 de ellos son nuevos (suplemento nutricional e insulina). Los 10 fármacos que ya no aparecen en su tratamiento crónico pero que tampoco consta que hayan sido suspendidos son: un ARAII, Hemostático, IBP, Antidepresivo, IECA, estatina, benzodiazepina, analgésico, antiemético y Vitamina D.

La medicación de dicho informe se trascribe a la hoja de medicación de la residencia y se manda preparar en SPD a la Oficina de Farmacia. Por tanto, el paciente ha estado sin tomar estos 10 fármacos hasta la visita realizada a la residencia por parte del equipo multidisciplinar que detecta el error.

ANÁLISIS REALIZADO

En la valoración del paciente por el equipo en la visita a la residencia, el residente informa que se le dan menos comprimidos y menos suplementos nutricionales que en el Hospital. Tras comprobar que en la hoja de prescripción de Atención Primaria aparece su tratamiento habitual junto a los nuevos fármacos pautados tras el ingreso, se indaga hasta confirmar que ha habido un error grave de medicación por supresión en los siguientes niveles de actuación: Informe de alta Hospitalaria, hoja de medicación de residencia y preparación en SPD por la Oficina de Farmacia. Se restaura la medicación precisa y se notifica el error de medicación al organismo correspondiente. Cuando la UFGRM gestiona dicho error, deriva al FAP del equipo multidisciplinar la revisión integral de su tratamiento. Tras la revisión, se modifica una de las pautas y se cierran 4 medicamentos; uno de ellos por tratarse de una interacción ARAII+ IECA en paciente con nefropatía diabética y 3 por fin de tratamiento al no necesitarlos

CONCLUSIONES Y APRENDIZAJE

Se demuestra la importancia de la conciliación de la medicación al alta hospitalaria por la petición de la revisión integral de tratamiento por parte del Servicio de Continuidad Asistencial del Hospital al FAP para evitar dichos errores y, si se produjeran, la necesidad de la intervención de dicho equipo multidisciplinar que apoya residencias para su resolución, así como la importancia de notificar siempre los errores de medicación.

ID: 12565

ESTABILIDAD DE LAS INSULINAS Y SEGURIDAD EN SU PRESCRIPCIÓN

Pereira Pía, Mercedes

San Roque

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: estabilidad insulina, periodo prescripción, revisión medicación

DESCRIPCIÓN

Las plumas de insulina tienen un periodo de estabilidad, una vez iniciada y fuera de nevera, de 4 semanas. Las prescripción más común es para una caja con 5 plumas (300 UI/pluma) Dosis diarias < 10 UI/día son frecuentes en insulinas preprandiales y algo menos en basales. Por encima del tiempo de estabilidad, la dosis administrada puede ser menor a la deseada, produciendos ficticios aumentos de dosis que se volverán reales cuando se inicie una nueva pluma con el evidente riesgo de hipoglucemia.

ANÁLISIS

El paciente no está informado de que debe desechar la pluma (/approx 85%) El periodo entre recetas > 5 meses (60%) Conocimiento del periodo de estabilidad por los profesionales sanitarios (/approx 40%) Aplicación práctica de este conocimiento (/approx 5%)

El número de pacientes de edad avanzada (>75 años) diabéticos, con pauta bolo-basal, con dosis preprandiales según glucemias, con dosis que no superan las 10 UI/día es, lo suficientemente elevado, para realizar intervenciones sistemáticas y de cribado de la prescripción inadecuada de insulinas como práctica de seguridad.

PROPUESTA DE MEJORA

Difusión del problema y formación grupal a profesionales sanitarios. El Farmacéutico de Atención Primaria u otro profesional, en el proceso de revisión de adecuación de la medicación y del ajuste árbol de prescipción a lo indicado, debe llamar la atención sobre el error de prescripción, citar al paciente con enfermería para realizar educación sanitaria y corregir la posología para que el periodo entre recetas no supere los 5 meses.

Si el paciente está utilizando una pluma por un tiempo superior al recomendado y ha precisado aumento de dosis, se informa sobre poner la dosis previa y aumentar el número de autocontroles de glucemia capilar para reajuste. Realizar llamada al paciente al mes y dos meses desde la intervención para comprobar desecha la pluma.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

El 90% de los farmacéuticos de atención primaria incorpora a la revisión de la medicación y actualización del árbol de prescripción la evaluación de los tiempos entre recetas para todas la insulinas. La incorporación por otros profesionales es más modesta y requiere actuaciones grupales e individuales repetidas. El 100% de los pacientes aceptan la intervención, en el 80% se comprueba, mediante llamada telefónica, desecha la pluma al mes siguiente de la intervención, momento en que se refuerza la educación sanitaria.

ID: 12569

Cuando un reto de la Atención Primária tiene una implicación transversal

Pereira de Oliveira, Ana Cláudia; Ayllón Pérez, Nuria; González Lao, Elisabet; Garcia Arque, Mª Carmen

CST

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Cultura de seguridad, Transición de cuidados, Mejora contínua, Herida, Infección

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 72 años con Diabetes Mellitus de larga evolución complicada con lesiones isquémicas en extremidades inferiores. Ingresa de forma programada para revascularización y este se prolonga por dificultades en la cicatrización de las heridas quirúrgicas, Al alta requiere curas complexas a domicilio según indicaciones de su especialista con quien realiza seguimiento periódico. Un mes más tarde, se realiza cura habitual con un apósito de Urgoclean plata en la herida, pero a las 72h la paciente contacta con su especialista por dolor intenso. Al revisar la herida se observa mala evolución con signos de infección y linfangitis y que no se le había retirado el plástico protector al apósito de Urgoclean Plata. Evoluciona con una infección a nivel sistémico y después de meses de evolución tórpida de la herida y de su patología de base se decide amputación supracondiliana.

ANÁLISIS REALIZADO

Se realiza un análisis causa-raíz para identificar las posibles y múltiples causas del incidente notificado. Se identifican factores contribuyentes relacionados con el profesional, el paciente, organizativos y con el entorno.

Paciente con complexidad clínica conocida que se atiende en curas domiciliarias complexas por un equipo diferente al suyo de referencia durante la época estival.

La paciente tiene acceso y conocimiento para manipular la cura, pero lo niega.

Los profesionales implicados tienen amplia experiencia profesional y dudan del descuido.

Los profesionales de atención especializada realizan acusaciones directas en contra los profesionales de atención primaria pero no contactan para dar conocimiento o pedir aclaraciones.

Los registros de enfermería además de incompletos, no se pueden ver desde atención especializada.

Conocer los productos con los que trabajamos nos permite evitar posibles complicaciones por un mal uso de los mismos.

CONCLUSIONES/ APRENDIZAJE

Propuestas de mejora:

- La formación en curas complejas de los profesionales, y el empoderamiento del paciente y su entorno, son aspectos clave para contribuir en la seguridad del paciente
- Mejora y proactividad de los registros asociados a las curas de heridas complejas en la transición entre los niveles asistenciales
- Elaborar propuestas de mejora a la industria farmacéutica, para la mejora de los productos
- La cultura de seguridad de la organización y la transición de cuidados entre niveles asistenciales tienen un amplio potencial y margen de mejora en la prestación de cuidados de salud.
- El análisis de eventos adversos fomenta la mejora continua y se está convertiendo imprescindible para los equipos.
- El profesional sanitario como segunda víctima no debe caer en el olvido y es responsabilidad de todos identificarlo y actuar.

ID: 12607

DIABETES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA PUNTA DEL ICEBERG EN ATENCIÓN PRIMARIA

Zamarrón Fraile, María Ester [1]; Barutell Rubio, Lourdes [2]; Cañada Dorado, Asunción [3]

CS Baviera, [2] CS Andrés Mellado, [3] Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: DIABETES-ERRORES DE MEDICACIÓN-INCIDENTES DE SEGURIDAD

OBJETIVOS

Conocer los errores de medicación (EM) e incidentes de seguridad (IS) notificados, relacionados con la Diabetes, en nuestra Comunidad Autónoma desde agosto de 2021 a agosto de 2022.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, retrospectivo, de los IS y EM notificados. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se notificaron 785 IS y 853 EM, de ellos sólo 14 incidentes y 31 EM estaban relacionados con la diabetes.

En los IS la media de edad fue de 40,2 años, el 42,8% eran hombres y se notificaron el 53,8% de los IS en los meses de verano.

Respecto al lugar donde ocurrió el IS casi la totalidad (92,8%) sucedieron en el Centro de Salud. En cuanto a los factores que han podido contribuir al incidente, el grueso de los IS es debidos a problemas con los dispositivos y sólo un 7% a factores directamente relacionados con los pacientes.

Cuando revisamos la descripción que los profesionales hacen de los IS, vemos que la mayoría se refiere a los Sistemas de medición de glucosa intersticial (SMGI) y el resto a dispositivos que se utilizan también en el autocontrol como las tiras reactivas, o en los materiales necesarios para la administración de medicamentos por vía parenteral o para la eliminación de este mismo material. Como medidas propuestas por los profesionales se agrupan en dos, mejorar la organización interna de la propia institución y mejorar la calidad de los materiales empleados

Los resultados de los EM notificados relacionados con Diabetes indican una media de edad de 64,5 años, el 52%, hombres y se comunicaron el 62% en los meses de verano. Los pacientes afectados tomaban una media de 11 medicamentos, por lo que se consideran polimedicados. En cuanto al tipo de EM el 55% tenían que ver con la administración: el error estaba en la dosis, en la frecuencia de administración o en la técnica. En cuanto a la causa de los EM, los despistes representan un 27%. Los EM ocurren principalmente en la administración por el paciente, sin embargo, las etapas donde se detectan son más variadas. Las personas que los detectan son profesionales sanitarios en más del 75% de los casos.

Más de la mitad de los EM tuvieron lugar en el domicilio del paciente.

Sobre las medidas propuestas para evitar los EM los profesionales indican, en más de la mitad, mejorar la comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes y trabajar en la educación sanitaria.

CONCLUSIONES

Las personas con diabetes, al ser una enfermedad crónica, son atendidas por diferentes profesionales sanitarios y en múltiples momentos a lo largo de la vida, con dispositivos complejos para el autocuidado y fármacos de alto riesgo con administraciones diferentes de la vía oral. Esto hace que pueda ser la situación de cultivo ideal para generar problemas de seguridad del paciente. La escasa bibliografía publicada relacionada con diabetes y seguridad del paciente hacen sospechar que estamos viendo sólo la punta del iceberg

Referencias

1 Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. Eur J Public Health. 2012;22(6):921–5.

2 Cañada Dorado A, et al. Despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en atención primaria de la Comunidad de Madrid. Rev Calid Asist. 2015.

http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.004.

3 Mira J.J., Vitaller J., Lorenzo S., Royuela C., Pérez-Jover V., Aranaz J. Pacientes como informadores de eventos adversos. Resultados en diabetes y enfermedad renal. An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (1): 19-28.

4 Cousins C, Crampton A, Gell J, Hooley J .The top ten prescribing errors in practice and how to avoid them).The Pharmaceutical Journal, 2019; 302 (7922), online | DOI:

10.1211/PJ.2019.20206123

.https://www.pharmaceutical- journal.com/learning/learning-article/the-top-ten-prescribing-errors-in-practice- and-how-to-avoid-them/20206123.article?firstPass=false.

ID: 12622

EN BÚSQUEDA DE LA SEGURIDAD FARMACOLÓGICA DE NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II CON NEFROPATÍA Y/O INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN ÁREA DE SALUD RURAL

IGLESIAS MUÑOZ, MANUEL [1]; CARRELON PINTO, ALICIA [2]; AZPIAZU GARRIDO, MERCEDES [2]; MANRIQUE OVEJERO, GUILLERMO [2]; SANCHEZ HOLGADO, JAVIER [2]

[1] CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZAOBISPO, [2] CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZOBISPO

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Seguridad del paciente; diabetes mellitus; efectos secundarios farmacológicos

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo II constituye una enfermedad crónica muy prevalente, se suele asociar a distintos factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, tabaquismo) y enfermedades como insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca, que pueden contribuir a un aumento de la mortalidad entre los diabéticos. A nivel mundial existen más de 400 millones de diabéticos y a nivel nacional existen 5 millones de diabéticos, lo que implica que es la segunda tasa más alta de Europa.

En la actualidad, existen múltiples tratamientos antidiabéticos, que se pueden elegir según las características clínicas de cada paciente (tiempo de evolución, comorbilidades, respuesta individual del tratamiento, la función renal y los beneficios/riesgos de cada tratamiento).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos principales del estudio fueron la descripción de las características clínicas de los pacientes diabéticos con nefropatía y/o cardiopatía, el grado de adecuación del tratamiento y el grado de control de dicha patología. Conocer las posibles reacciones adversas e interacciones de los fármacos antidiabéticos con otra medicación. Describir qué tratamiento es el mejor indicado teniendo en cuenta el riesgo-beneficio.

METODOLOGÍA A APLICAR

Estudio descriptivo de 324 pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 antes del 31 de Mayo del 2022.

Para ello, se revisaron las historias clínicas de los pacientes por parte de los médicos responsables de cada cupo y se recogieron distintas variables: edad, sexo, centro de salud al que corresponden, comorbilidades graves (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, EPOC, etc), complicaciones de la diabetes, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, el uso de medicamento antidiabéticos, efectos secundarios de los mismos asi como interacciones, determinaciones de laboratorio (hemoglobina glicosilada y proBNP).

RESULTADOS ESPERABLES

Se trata de una población variada en cuanto al perfil clínico y tratamiento que reciben. Existe un porcentaje mayor de hombres que de mujeres y una amplia mayoría son personas de más de 65 años. Las comorbilidades graves más frecuentes fueron la demencia y la insuficiencia renal y la complicación secundaria a la diabetes más prevalente fue la nefropatía diabética. El tratamiento más empleado es la metformina sola o en asociación con otros fármacos (especialmente los IDPP4), al ser el primer tratamiento pautado en la escala terapéutica. La metformina es el fármaco que provoca más reacciones adversas (acidosis metabólica) junto con los ISGLT2 (infecciones de orina de repetición y candidiasis genital), algunos fueron motivo de retirada de la medicación. Los factores de riesgo cardiovascular más ligados a la diabetes en nuestra muestra son la HTA y las dislipemias. Por último, la hemoglobina glicosilada se ve alterada por la adherencia del tratamiento, por lo que oscilan la mayoría de cifras entre 6.5 y 7.5.

Referencias

1 1. Arrieta F, Iglesias P, Pedro-Botet J, Tébar FJ, Ortega E, Nubiola A, Pardo JL, Maldonado GF, Obaya JC, Matute P, Petrecca R, Alonso N, Sarabia E, Sánchez-Margalet V, Alemán JJ, Navarro J, Becerra A, Duran S, Aguilar M, Escobar-Jiménez F; Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015) [Diabetes mellitus and cardiovascular risk: Working group recommendations of Diabetes and Cardiovascular Disease of the Spanish Society of Diabetes (SED, 2015)]. Aten Primaria. 2016 May;48(5):325-36. Spanish. 2. Artasensi A, Pedretti A, Vistoli G, Fumagalli L. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Multi-Target Drugs. Molecules. 2020 Apr 23;25(8):1987. 3. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C et al. 2019 update to: Management of hyperglicaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association

for the Study of Diabetes (EASD). Diabetología. 2020; 63(2): 221-8. 4. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update. Am J Kidney Dis. 2012 Nov;60(5):850-86. 5. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: recomendaciones de la red GDPS. Fundación red GDPS 2018. 6. Mata Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, Nadal JF, Javier F, et al. selecciona uno de los números y realiza el test correspondiente [Internet]. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1591870979.03_matas_dp-11-2.pdf

ID: 12654

LOS PELIGROS DE LA "MEDICINA DEFENSIVA" CON MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Santaolalla García, Isabel [1]; Martínez Sanz, Henar [2]; Peral Bolaños, Cristina [3]; Vega Ruiz, Laura [4]; Gómez Valbuena, Isabel [5]; Mateo Ruiz, Carmen [6]

[1] Servicio de farmacia de la Dirección Asistencial Sureste, [2] Servicio de farmacia de la Dirección Asistencial Sureste, [3] Servicio de Farmacia Dirección asistencial Sureste, [4] Servicio farmacia Dirección Asistencial Sureste, [5] Servicio Farmacia Dirección Asistencial Sureste, [6] Servicio Farmacia Dirección asistencial Sureste

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: AAS, hemorragia, seguridad

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con losartan/hidroclorotiazida y bisoprolol y con hiperlipemia en tratamiento con atorvastatina.

La paciente consulta a su médico de familia (MF) por cefalea inicialmente leve que cede con paracetamol, pero que empeora con el tiempo, por lo que se prescribe metamizol oral con buena respuesta. En alguna ocasión empeora la HTA durante la cefalea hasta cifras de 206/78 mmHg, por lo que se añade doxazosina 4 mg/día. Dada la cronicidad de la sintomatología se deriva a neurología que solicita un TC craneal.

Un año más tarde, neurología comunica el resultado del TC, donde se identifica un foco gliótico en la confluencia frontoparietal derecha a valorar origen isquémico antiguo u otras causas, y decide inicio de antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/día y control de factores de riesgo cardiovascular por su MF. Ni el neurólogo ni el MF le prescriben gastroprotección.

La paciente refiere encontrarse bien durante 7 meses, pero después sufre empeoramiento de la cefalea con las mismas características que las previas, por lo que inicia seguimiento por neurología en la sanidad privada. Se le realiza una RMN craneal, en la que se objetiva un foco de sangrado activo en región occipital derecha, por lo que la paciente acude a su MF, que le retira el AAS y le remite a urgencias hospitalarias, donde se le realiza TC craneal urgente. A la vista de ambas pruebas de imagen se considera la posible hemorragia como subaguda y se solicita una angio-RMN para el estudio etiológico, donde se objetivan cambios involutivos de la sustancia blanca propios de la edad. Se descarta la existencia de un infarto previo y se retira definitivamente el AAS.

ANÁLISIS REALIZADO

Se realiza un análisis de Ishikawa, detectándose como principales factores contribuyentes:

- **Formación y entrenamiento**: balance beneficio-riesgo del AAS ante diagnóstico incierto, falta de prescripción de gastroprotector.
- **Tarea**: error de interpretación en pruebas de imagen.
- **Recursos**: AAS es medicamento de alto riesgo en crónicos.
- **Factores organizativos y estratégicos**: demora en la citación al servicio de neurología, atención por distintos facultativos, medicina privada y pública, situación de pandemia.
- **Condiciones de trabajo**: falta de tiempo en consulta.
- **Paciente**: poca implicación en su seguridad.

CONCLUSIONES / APRENDIZAJE

Se proponen como acciones de mejora:

- Formación sobre la interpretación adecuada de las pruebas de imagen y confirmación diagnóstica.
- Formación sobre el balance beneficio-riesgo del AAS, sobre todo en prevención primaria, así como la necesidad de uso de omeprazol en pacientes con alto riesgo hemorrágico, como son las personas mayores.
- Mejora en los circuitos de comunicación de resultados al paciente, interoperabilidad de la medicina pública y privada.
- Educar a los pacientes para que se impliquen en su propia seguridad, contactar con el centro sanitario ante demoras en la atención.

ID: 12663

Luces y sombras de la consulta no presencial en Atención Primaria: Riesgos, ventajas y desventajas. Una visión de los profesionales

CASTRO RIVERO, ANA BELÉN [1]; MADERUELO FERNÁNDEZ, JOSÉ ÁNGEL [2]; MARTÍN MONTEAGUDO, SARAY [3]; BERNAD VALLÉS, MERCEDES [4]; RODRÍGUEZ MARTÍN, MARÍA PÍA [2]; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, LUZ MARÍA DEL ROSARIO [5]

CENTRO DE SALUD DE LINARES DE RIOFRÍO (SALAMANCA), [2] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA, [3] COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, [4] CENTRO DE SALUD DE CALZADA DE VALDUNCIEL (SALAMANCA), [5] CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA (SALAMANCA)

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Gestión de Riesgos; Consulta Remota; Técnica Delphi; Actitud del Personal de Salud; Encuestas y Cuestionarios

OBJETIVOS

Conocer los riesgos potenciales, barreras, ventajas, desventajas e indicaciones de la consulta no presencial (CNP) en Atención Primaria (AP) desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo basado en la técnica Delphi. Se solicitó la participación de 88 expertos de un área de salud de AP. En la primera fase, se envió un cuestionario con preguntas abiertas estructurado en 8 apartados (experiencia, riesgos potenciales, barreras, ventajas, desventajas, impacto, indicación y percepción). Se calculó la distribución de frecuencias de las respuestas agrupadas en función de la similitud de sus enunciados. En base a estas, se diseñó un 2º cuestionario con 92 ítems en los que los expertos debían valorar su grado de acuerdo en una escala 1-10. Se calculó la puntuación media de cada uno.

RESULTADOS

Respondieron al primer cuestionario 47 (53%) personas y al segundo cuestionario 37 (42%). Las puntuaciones más altas en los riesgos potenciales, se refieren a la mala calidad del registro en la historia clínica (HC) y las limitaciones sensoriales, cognitivas o idiomáticas del paciente (9,03 en ambas); seguidas de los problemas técnicos de los sistemas de comunicación que dificulten el contacto con el paciente (8,78). Respecto a las barreras a implantar, proponen el adecuado diseño de agendas para que el profesional disponga del tiempo necesario para atender adecuadamente todas las consultas (9,76); registrar correctamente los datos clínicos de los pacientes en las HC tanto de AP como de AH y mantenerlas actualizadas (9,54) y requerir la presencia de otra persona ante dificultades de comunicación, problemas sensoriales o cognitivos de los pacientes (9,46). Como ventajas destacan: la CNP facilita el acceso al sistema sanitario desde cualquier ubicación (9,00), evita el riego de transmisión de enfermedades infecciosas que supone el acúmulo de pacientes en las salas de espera (8,82) y facilita la comunicación con el cuidador del paciente mayor cuando no puede acompañarle a la consulta presencial (8,38). Respecto a las desventajas, consideran que los medios de comunicación dan una imagen negativa de la AP por la CNP (8,79); es más impersonal por lo que los pacientes tienden a evitar consultar por motivos sensibles (7,47) y se pierde la función de relación social entre los pacientes que acudían al centro sanitario (7,32). Indicaciones: la CNP es apropiada para trámites como renovación de recetas crónicas, partes de confirmación de IT, realización de informes y solicitud de pruebas o material (9,68); al contrario, se debe descartar para valorar signos y síntomas de alarma o urgencias (9,65) y cuando el paciente precise una exploración física o la realización de técnicas (9,62).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El registro inadecuado de la HC es uno de los principales riesgos en la CNP, por lo que se precisa su correcta cumplimentación y actualización, así como una organización de agendas con suficiente tiempo de consulta.

ID: 12675

Quitar antes de poner. A propósito de un caso.

Berrocoso Martínez, Alberto [1]; Moreno Cabello, Esther [2]; Santos Valentí, Antonio [3]; Serrano Peña, M Sagrrario [3]

CL de Alcabón y Val de Santo Domingo, [2] CS Torrijos, [3] CL Alcabón y Val de Santo Domingo

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Identificación inequívoca, seguridad en los traspasos asitenciales, comunicación efectiva,...

Palabras clave: conciliación de medicamentos seguridad del paciente errores de mediación

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 57 años que acude a revisión programada el día 17/02/23 en consulta de Endocrinología por DM tipo 2 en situación de mal control metabólico con ADO, negándose a inyectarse insulina. Entre sus antecedentes personales destacan trastorno inestable de la personalidad con intentos autolíticos y pérdida de audición en oído izquierdo por accidente de trafico.

Se decide cambio de medicación, sustituyendo Metformina 1000mg c/12h por Metformina/Linagliptina 1000/2.5mg c/12h.

Acude a consulta de su médico de familia el día 28/02/23 por hipoglucemia de 50mg/dl nocturna con recuperación con ingesta de leche con azúcar.

Se revisa medicación que está tomando desde su revisión con endocrino apreciando la toma de la nueva medicación sin retirada de la previa. Procedemos a la retirada de la metformina 1000 en monoterapia y mantenemos la metformina/linagiptina.

Se indicó la realización de perfiles glucémicos con revisión a las 48h, con mejoría de la situación clínica.

ANÁLISIS REALIZADO

Los factores contributivos identificados en el análisis causa-raíz de este incidente son:

- **Paciente**: Persona con hipoacusia y enfermedad mental que acudió solo a consulta de Endocrino.
- **Ambiente**: Su mujer es la encargada de controlar su medicación, haciéndose cargo de sus cuidados en salud.

En la farmacia se dispensan ambos medicamentos porque ambos constan como activos en receta electrónica.

Individuo: El endocrinólogo realiza un cambio de tratamiento, pero no suspende primer fármaco de la receta electrónica, aunque lo indica en el informe médico.

Formación: Necesidad de formación de los profesionales en comunicación para comprobar que el paciente y sus familiares han comprendido los cambios en el tratamiento.

En materia de conciliación de medicación y de soporte electrónico de la misma.

Equipo de trabajo: En este caso se detecta el error en la consulta por su Unidad Básica Asistencial de Atención Primaria (médico y enfermera de familia). Además, en consulta de endocrino prescriben nuevo tratamiento pero no eliminan de la hoja de medicación los medicamentos que se retiran.

MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA

Revisión situación del paciente y cambios en el tratamiento por el Equipo de Atención Primaria. Deprescripción de medicación que ya no usa.

Comunicación al SINASP para evitar otros errores similares.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Se constata como fundamental la necesidad de que se garantice la conciliación farmacológica entre distintos niveles asistenciales. Además, desde los servicios donde se cambie el tratamiento farmacológico se debe asegurar la deprescripción del anterior. Y comprobar que el paciente ha comprendido los cambios.

Es necesaria la comunicación de este tipo de incidentes de seguridad para evitar que se produzcan de nuevo.

ID: 12692

RETOS Y DESAFIOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIETO UTIEL, EVA [1]; DIEZ ALCÁNTARA, ANA [1]; BARBERÁ MARTÍN, AURORA [2]; VICENTE DEL HOYO, MÓNICA [2]

DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE, [2] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Teleconsulta, error de medicación

En los últimos años se ha producido un cambio organizativo-asistencial en la atención al paciente, acelerado por la pandemia. Estos cambios han supuesto un nuevo enfoque de relación con el paciente por medio de la teleconsulta y acceso a la información a través de canales alternativos.

Este modelo supone un avance en accesibilidad/comunicación con los pacientes, no está exento de riesgos que deben analizarse.

En este contexto, se han notificado en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) distintos errores de medicación (EM):

- **Caso 1 (consulta telefónica)**: paciente en tratamiento con ácido acetilsalicílico y ticagrelor que recibe instrucciones orales del servicio de anestesia previas a una cirugía. El paciente no recuerda si debe suspender la doble antiagregación.
- **Caso 2 y 3 (consulta telefónica)**: en atención hospitalaria se modifica el tratamiento. Los pacientes no comprenden la información tomando una dosis mayor de la indicada.
- **Caso 4 (consulta presencial)**: paciente pediátrico que acude a dermatología. Indican tratamiento para la dermatitis atópica sin entregar informe. Los padres no recuerdan cómo aplicar el tratamiento.
- **Caso 5 (consulta presencial)**: paciente pediátrico que prescriben en urgencias metamizol sin entregar informe. Los padres no recuerdan la dosis administrándose una dosis tóxica que requirió monitorización.

Los EM se han analizado en la UFGR identificándose principalmente dos causas:

- Atención telefónica a pacientes en los que no se pueda garantizar una buena comunicación.
- Ausencia de entrega de información escrita por falta de presencialidad o por política de no facilitar informes escritos por estar accesible por otras vías. En estos casos, no se confirmó que los pacientes tuvieran acceso/conocimientos informáticos para consultar su informe/hoja de medicación.

Para evitar los EM se llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Actualización de la Recomendación de Seguridad Generalizable (RSG) de consulta telefónica incluyendo los mensajes.
- Excluir aquellos casos donde no se pueda garantizar una buena comunicación y comprensión de la información, derivando a consulta presencial.

Cuando se realicen modificaciones de tratamiento en situaciones susceptibles de ocasionar EM (medicamentos de alto riesgo, transiciones asistenciales, pacientes de alto riesgo y polimedicación):

- Establecer un circuito en el centro de salud para facilitar físicamente la hoja de tratamiento.
- Añadir en el apartado "Información al farmacéutico" de receta electrónica el cambio realizado para reforzar la información en la dispensación.
- Actualmente está pendiente de publicación y difusión de la actualización.
- Por último, se está trabajando estos aspectos con los hospitales de referencia a través de continuidad asistencial para garantizar el acceso a la información clínica con las instrucciones indicadas y seleccionar a los pacientes/situaciones adecuadas para ser atendido en consulta telefónica.

Referencias

1 Vidal-Alaballa J; Camps-Vilà L.Directrices para una buena y segura atención telefónica en época de COVID-19.Atención Primaria.2021;53(4). Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720303553

2 "Recomendaciones Generales para una Consulta Telefónica segura".Banco de Recomendaciones de Seguridad Generalizables en CISEMadrid: https://cisemadrid.salud.madrid.org/index.htm

ID: 12731

Impulsando a los equipos en la mejora de las competencias en el uso seguro de los medicamentos desde una unidad de calidad de atención primaria

Bejarano Romero, Ferran [1]; Campabadal Prats, Cecilia [1]; Castillo Palomares, Maria Lidon [1]; Conde Giner, Silvia [1]; Mansergas Collado, Nuria [2]; Astier Peña, María Pilar [3]

Servicio de Farmacia. Gerencia Territorial Camp de Tarragona. Instituto Catalan de la Salud, [2] Unidad de Calidad Territorial. Gerencia Territorial Camp de Tarragona. Instituto Catalan de la Salud, [3] Unidad de Calidad de la DAP. Gerencia Territorial del ICS de Camp de Tarragona

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: medicación, equipos de atención primaria, formación, calidad asistencial

Los medicamentos están relacionados con numerosos incidentes de seguridad del paciente en atención primaria y el número de pacientes con múltiples morbilidades y polimedicados aumenta cada año. El tercer reto mundial de seguridad del paciente de la OMS promueve el uso seguro de la medicación 3 áreas claves: pacientes polimedicados, situaciones de riesgo y transiciones asistenciales. La unidad de calidad de la dirección de atención primaria (UQ_DAP) está comprometida con la mejora de las competencias profesionales en el uso de la medicación y promueve iniciativas para lograrlo.

OBJETIVO A CONSEGUIR

Diseñar, desplegar y evaluar desde la UQ_DAP un curso sobre el uso seguro del medicamento en todos los equipos de atención primaria.

METODOLOGÍA

Se han diseñado un curso de 7 módulos formativos basados en los informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud para el reto mundial de "medicación sin daño" y en el Plan Nacional de Resistencias Antibióticas (PRAN). Los contenidos son adherencia a medicamentos, polifarmacia, situaciones de alto riesgo, transiciones asistenciales, desprescripción, farmacovigilancia y PROgrama de Optimización del uso de Antibióticos (PROA) a nivel comunitario de la comunidad autónoma (PROA Cat Comunitario). Cada módulo contiene una presentación de diapositivas, documentación de interés, una autoevaluación, la descripción de herramientas de la historia clínica electrónica de AP para la gestión de la medicación y propuestas para la monitorización de un plan de mejora con indicadores.

PROCESO DE DESPLIEGUE DEL CURSO

1. Curso de formación de formadores presencial (2 sesiones) para los responsables de calidad y seguridad y de farmacia.
2. Los responsables impartirán la formación en sus equipos
3. Modalidades: semipresencial (asistir a las sesiones del equipo y hacer la evaluación online) o modalidad online (aquellos que no pueden cumplir el 80% de presencialidad) mediante plataforma Moodle.
4. Cada equipo cuenta con una edición personalizada en la plataforma de formación y calendarización de sus sesiones.
5. Cada equipo realizará un proyecto de mejora vinculado a una temática. El proyecto se evaluará a final de año y está incluido en el programa de calidad anual de cada equipo.

RESULTADOS ESPERABLES

Se espera que al menos el 80% de los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud de la gerencia realicen el curso y estén involucrados en un proyecto de mejora y que el impacto de los proyectos de mejora lleve a una mejora del uso de la medicación en los centros de la dirección de atención primaria. Para conseguirlo, la unidad de calidad ha implementado varios facilitadores para conseguirlo:

1. Facilitar los materiales para la docencia.
2. Crear un curso personalizado adaptado a cada equipo y a cada profesional.
3. Estimular la formación dentro de los equipos a través de la formación de formadores.

4. Incluir la realización del plan de mejora del curso en el programa de calidad de cada equipo.

Referencias

1 Organización Mundial de la Salud. Tercer Reto Mundial Medicacion sin Daño. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/initiatives/medication-without-harm

2 Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 Medication Safety in High-risk Situations. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.10). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5 PROA Cat Comunitari. [Internet]. Disponible en:

https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/vincat/prevencio-infeccio/metodologia-resultats/objectiu-6/metodologia/estrategia-proa/

ID: 12749

Modelo de gestión de riesgos asistenciales coordinado desde una unidad de calidad territorial de atención primaria

Hernandez Vidal, Nuria; Gens Barbera, Montserrat; Hospital Guardiola, Inmaculada; Oya Girona, Eva; Oriol Colominas, Eulalia; Moreno Gómez, Maria

Unidad de Calidad Territorial. Gerencia Camp de Tarragona. Instituto Catalan de la Salud

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: calidad asistencial, seguridad del paciente, equipos de atención primaria, dirección, liderazgo, organización, plan anual, gestión de riesgos asistenciales

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de la Dirección de Atención Primaria (UCSP_DAP) es la responsable de impulsar el plan de calidad y seguridad del paciente (PCySP) anual de la DAP. El PCySP se despliega en los Centros de Salut(CS) a través de un programa de anual que incluye la gestión de los riesgos asistenciales (GRA).

La GRA incorpora diferentes herramientas tecnológicas que forman parte de la plataforma de Seguridad del paciente de Cataluña (PSP Cat): el sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente (SNISP Cat) y la aplicación proactiva de riesgos del entorno asistencial a través de listas de verificación (PROSP Cat).

OBJETIVO

Implantar un modelo de GRA de los CS impulsado desde la UCSP_DAP entre 2018 y 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

La UCSP_DAP despliega el plan de CySP a través de un modelo de gobernanza de CySP que se estructura en: 1) Cada CS tiene un responsable de calidad que lidera con el apoyo de la comisión de CySP el PCySP y la gestión del GRA impulsando la notificación y análisis de incidentes y promoviendo el uso diario de listas de verificación. Participa en el equipo directivo del CS 2) Comisión de Calidad de la DAP: reunión mensual de responsables de CySP de los CAP y UCSP_DAP. 3) Comisión de Calidad de la Gerencia Territorial. 4) Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de la DAP (UFSP_DAP): da apoyo a los equipos en el análisis de los incidentes de SP, facilita las acciones de mejora y elabora boletines, micro píldoras, alertas y noticias sobre acciones de mejora derivadas de SNISPCat y PROSPCat. 5) Equipo de mejora de gesitón de laboratorio y vacunas.

RESULTADOS

GRA proactiva: se han creado 121 listas de verificación (LV) del entorno de trabajo de atención urgente, gestión de material y fármacos, vacunas y laboratorio. Se han realizado 375.950 LV, identificándose 54.629 casi incidentes con la participación de 1.398 profesionales.

GRA reactivo: 5409 Incidentes notificados en el SNiSPCat. Tipos: 716 comunicación; 1.098 gestión; 1.306 cuidados; 447 medicación;155 proceso diagnóstico. 2.361 resueltos en el EAP con 2.066 acciones de mejora incluidos en los 139 planes de CySP de los CAP. Se realizaron 25 boletines informativos con los incidentes notificados al SNISP Cat, 20 Análisis Causa-Raíz, 1 Alertas sanitarias, 8 micro-píldoras, 9 Casos que enseñan elaborados. 46 noticias publicadas en la intranet. 69 comunicaciones a congresos. Reconocimiento como grupo de emergente en investigación en CySP_TGN por la Fundación IDIAPJ Gol desde el año 2022. 8 publicaciones científicas de impacto y 2 proyectos con beca del Fondo de investigación sanitaria.

CONCLUSIONES

El rol de las UCySP de atención primaria son elementos clave en el impulso de la GRA de los CS ya que facilitan y acompañan la consecución de los objetivos con un alto número de notificaciones en el SNISP Cat y PROSP Cat de tal forma que la GRA sean un instrumento real de mejora continua para todos los líderes y profesionales de la DAP.

Referencias

1 Plataforma de Seguriedad de los Pacientes de Catalunya: https://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes_de_seguretat_dels_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/

2 Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Cataluña (SNISP Cat):

https://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes_de_seguretat_dels_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/sistema-de-notific acio/3 Aplicación Proactiva para la Seguridad del Paciente en Cataluña (PROSP Cat): https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Aplicacio-Proactiva-per-a-la-Seguretat-del-Pacient-a-Catalunya-PROSP-Cat

ID: 12752

SISTEMA DE NOTIFICACION A VISTA DE PÁJARO: DEL ANÁLISIS INDIVIDUAL AL ANÁLISIS GLOBAL DE NOTIFICACIONES, COMO PARTE DE LA PRÁCTICA HABITUAL.

Garzón González, Gerardo; Mediavilla Herrera, Inmaculada; Martínez Patiño, María Dolores; Cañada Dorado, Asunción; Domínguez Pérez, Nuria; Alcázar González, María Luisa

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: sistemas de notificación, errores de medicación, pruebas diagnósticas, identificación de paciente, continuidad asistencial.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En una Comunidad Autónoma se notifican, a través del sistema de notificación, en torno a 3.000 incidentes de seguridad (IS) anuales que se analizan en las unidades funcionales de seguridad del paciente, habitualmente, de manera individual. Pero, además, el gran volumen de notificaciones, es susceptible de análisis global, permitiendo tener una visión de las áreas en las que se concentran los IS y puede servir para priorizar actuaciones más eficientes.

ANÁLISIS

Se realiza anualmente un análisis de las frecuencias de los tipos de IS notificados. Los % de los 5 tipos más frecuentes se mantienen aproximadamente estables:

- Errores de Medicación (EM) de administración por el propio paciente (15-20%)
- EM de prescripción (10-15%)
- IS/EM en continuidad asistencial (10-15%)
- IS en pruebas diagnósticas (5-10%)
- Errores de identificación de paciente (5-10%)

ACCIONES DE MEJORA

De los EM de administración por el paciente y por el profesional y los EM de prescripción, se identificaron como problemas prioritarios por su frecuencia y gravedad la comunicación profesional-paciente sobre el tratamiento (información y verificación), los despistes del paciente y los errores de prescripción con medicamentos de alto riesgo (anticoagulantes/antiagregantes, hipoglucemiantes, opioides potentes y benzodiazepinas). Se mejoró la verificación del conocimiento del tratamiento y el uso de pastilleros; se desarrolló el proyecto MAR en SAR (Medicamentos de Alto Riesgo en situaciones de alto riesgo) basado en señalamientos y doble autochequeo.

De los IS/EM relacionados con Continuidad Asistencial, los problemas de seguridad más graves eran EM de prescripción en hospital y en menor medida de conciliación, sobre todo en relación con anticoagulantes y vitamina D. Se propusieron dos actuaciones: flash recomendando autochequeo, al prescribir anticoagulantes o vitamina D y revisión por farmacéutico. Las sucesivas olas de COVID limitaron la puesta en marcha.

De los IS de Pruebas Diagnósticas, 25% eran demoras en la valoración de resultados (con daño grave, cuando eran críticos). Se establecieron sistemas de alertas ante resultados críticos de laboratorio, radiología y anatomía patológica con los hospitales.

De los IS/EM relacionados con Identificación de paciente, se encontró que no revestían gravedad con la excepción de los relacionados con pruebas diagnósticas con resultados críticos y con medicamentos de alto riesgo; ambas líneas estaban previamente abordadas.

RESULTADOS (DE IMPLANTACIÓN) CONSEGUIDOS

Sistema de alertas ante resultados críticos de pruebas diagnósticas: Se ha implantado con todos los hospitales; además se han implantado circuitos internos en todos los CS

Verificación del conocimiento del tratamiento y uso de pastilleros en polimedicados: Se ha implantado en todos los CS

Proyecto MAR en SAR: Se ha implantado en algunos CS; se midió el impacto: se evitaron 1-2 EM con MAR por profesional y trimestre.

ID: 12755

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POSPANDEMIA: ¿HAN CAMBIADO LOS EVENTOS ADVERSOS?

Garzón González, Gerardo; Luaces Gayan, Mª Pilar Aranzazu; Zamarrón Fraile, Ester; Villanueva Sanz, Cristina; Alonso Safont, Tamara; Barberá Martín, Aurora

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: eventos adversos, pandemia, prevalencia,

OBJETIVO

Comparar la prevalencia y características de Eventos Adversos prepandemia y pospandemia en AP, mediante revisión de historias clínicas, utilizando trigger tool

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Estudio descriptivo transversal en dos cortes.

Ámbito. Toda la AP de una Comunidad Autónoma. Cortes en 2018 y 2022

Participantes. Población atendida >18 años. Muestreo por conglomerados (centro de salud –CS-), oportunista de los CS y aleatoria de los pacientes de cada CS

Variables. Se recogieron de cada HC: edad, sexo, presencia de EA , en caso de presencia de EA evitabilidad, gravedad, lugar de ocurrencia y tipo de EA

Recogida de datos: Se realizó un "screening" electrónico previo de historias utilizando el conjunto de trigger TriggerPrim® validado en AP. Se revisaron las historias TriggerPrim®+ por parejas médico-enfermera.

RESULTADOS PRELIMINARES (ESTÁ COMPLETÁNDOSE LA REVISIÓN DE HISTORIAS)

Se revisaron un total de 1.797 HC en el corte de 2018 y 1.245 en el de 2022

La prevalencia de período (durante un trimestre) de EA fue: prepandemia 3,1% y pospandemia 1,1% (p<0,05)

En cuanto a las características de los EA, se encontró que fueron evitables el 71,3% prepandemia y el 46,1% pospandemia sin que la diferencia fuese significativa estadísticamente (p=0,09)

La gravedad del EA fueron las siguientes: prepandemia 60,6% de los EA fueron leves, el 31,9% fueron moderados y el 7,4 fueron graves; pospandemia 62% leves y 38% moderados, no se encontraron EA graves. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0,9)

El porcentaje de los EA encontrados en el ámbito de la Atención Primaria (centro de salud, domicilio del paciente o transiciones asistenciales) fue: prepandemia 76,6%, pospandemia 61,5%, sin que la diferencia fuese estadísticamente significativa (p=0,18)

En cuanto al tipo de EA, los Eventos Adversos relacionados con medicación fueron los más frecuentes: prepandemia 53,2%, pospandemia 38% (p=0,6), siendo los errores de prescripción (29% vs 23%) y de administración por el propio paciente (17% vs 15%) los más frecuentes dentro de estos.

Se encontraron más errores diagnósticos pospandemia 38% que prepandemia 12% (p<0,05), así como IS relacionados con seguimiento y cuidados pospandemia 38% prepandemia 10% (p<0,05)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES (PROVISIONALES)

La prevalencia pospandemia encontrada es inferior a la encontrada prepandemia, aunque este hallazgo podría estar influido por el método (uso de trigger y muestreo oportunista de los conglomerados) o por el cambio en el registro en HC tras la pandemia; sería necesario confirmar este descenso inesperado de la prevalencia de EA

No se han encontrado diferencias prepandemia-pospandemia en la evitabilidad, gravedad o ubicación, ni en la mayor frecuencia de errores de medicación frente al resto, pero si se ha encontrado una mayor proporción de errores diagnósticos y de seguimiento/cuidados que podrían estar relacionados con el nuevo contexto asistencial de la atención primaria tras la pandemia

ID: 12757

RONDAS DE SEGURIDAD: ¿PARA QUÉ SIRVEN? ¿MEJORAN LA CULTURA DE SEGURIDAD COMO PRETENDEN?

Garzón González, Gerardo; Alcázar González, María Luisa; Domínguez Pérez, Nuria; Barberá Martín, Aurora; martínez Patiño, Mª Dolores; Cañada Dorado, Asunción

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: rondas de seguridad, cultura de seguridad, cuestionarios

OBJETIVOS

Estimar si las Rondas de Seguridad mejoran la Cultura de Seguridad de profesionales y directivos, en AP

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Estudio transversal mediante encuesta Ámbito. Toda la AP de una Comunidad Autónoma

Participantes.

- Muestra de profesionales. Profesionales con el perfil que se convoca a las rondas de seguridad (equipo directivo del centro de salud, responsables de seguridad, vacunas, botiquín y TCAE –auxiliar enfermería-). La encuesta se lanza a todo el universo no se hace muestreo.
- Muestra de directivos. Directivos del ámbito asistencial pero sin actividad asistencial directa. La encuesta se lanza a todo el universo no se hace muestreo.

Variables. Se recogió:

- Participación en rondas de seguridad
- Cultura de seguridad (puntuación en cuestionario validado: MOSPS reducido en el caso de profesionales y Adaptación del cuestionario de Giménez-Aibar-Gutierrez en el caso de directivos)

Recogida de datos. Cuestionario online. Escrito de lanzamiento y dos recordatorios.

ANÁLISIS

La participación en rondas se midió como variable cuantitativa "número de rondas" y, además, como cualitativa: asistencia SI/NO en profesionales y asistencia a las previstas SI/NO en directivos. La puntuación de los cuestionarios de cultura de seguridad se midió como variable cuantitativa (puntuación media) y como variable cualitativa POSITIVA/NEGATIVA-NEUTRA. Se utilizó el test de chi-cuadrado para variables cualitativas y el coeficiente de correlación de Pearson (o Spearman en su caso) y su significación, para cuantitativas

RESULTADOS

Participaron n=237 profesionales y n=39 directivos

Asociación rondas-cultura en profesionales. Tenían puntuación POSITIVA en el MOSPS el 82% de los profesionales que NO habían acudido a rondas y el 95% de los que SÍ (p=0.007). En los profesionales que SÍ habían acudido a rondas, NO se encontró asociación entre la puntuación en el MOSPS y el número de rondas (r=0.025, p=0.77)

Asociación rondas-cultura en directivos. Tenían puntuación POSITIVA en el cuestionario de cultura el 70% de los directivos que NO habían acudido a sus rondas previstas y el 90% de los que SÍ (p=0.025). Existía asociación entre la puntuación en el cuestionario y el número de rondas (r=0.56, p=0.002)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En profesionales, existe asociación entre la realización de rondas y la cultura de seguridad, aunque no puede establecerse si la asistencia a rondas mejora la cultura o la cultura facilita la asistencia a rondas o ambas. Estudios longitudinales tipo pre- post serían útiles para confirmarlo.

En directivos, al medir la asociación de cultura con el número de rondas, teniendo en cuenta la asistencia a las rondas previstas, la hipótesis de que es la asistencia a rondas la que mejora la cultura de seguridad y no al revés es más plausible.

Como conclusión estos datos apuntan a que las rondas de seguridad son útiles para mejorar la cultura de seguridad tanto en los profesionales como en los directivos.

ID: 12769

PROPUESTA DE CHECK-LIST PARA EVALUAR LA CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE VACUNAS EN LOS CENTROS DE SALUD EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

HERNANZ HERNÁNDEZ, EVA [1]; LÓPEZ PALACIOS, SONIA [2]; ANTÓN BARCA, CRISTINA [3]; POLO EGIDO, ELVIRA [2]; SÁNCHEZ GARCÍA, JOSÉ MANUEL [3]; GARIJO COBO, FRANCISCO JAVIER [3]

DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA, [2] DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA, [3] DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: Inmunización segura; vacunas; almacenamiento; Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En materia de inmunización, la conservación y almacenamiento correcto de las vacunas es uno de los aspectos clave en la seguridad del paciente. Una vacuna bien conservada asegura el proceso de inmunización segura. Un programa de inmunización exitoso permite el almacenamiento, la distribución y manipulación de esas vacunas, asegurando en todo momento el control de la cadena de frio, garantizando las oportunidades de vacunar en cualquier circunstancia.

ANÁLISIS

La realidad es que desde que se distribuyen las vacunas hasta que se administra al paciente existen muchos puntos críticos y existe gran variabilidad en los métodos de almacenamiento y conservación de vacunas en cada centro de salud. En enero de 2019 se publicó la actualización del documento Inmunización segura en Atención Primaria, unificando los subprocesos relacionados con la inmunización en los centros de atención primaria.

PROPUESTA DE MEJORA Y PLAN DE ACCIÓN

El objetivo principal es mejorar el almacenamiento y la gestión de las vacunas en los centros de Salud pertenecientes a una dirección asistencial. Con el fin de detectar a nivel operativo, en el centro de salud, puntos críticos concretos y llevar a cabo acciones para minimizar los riesgos en materia de almacenamiento y custodia de vacunas se ha creado un check-list de evaluación. Las intervenciones se realizarán de la siguiente manera:

Visitas programadas a los centros de salud para realizar evaluación mediante check list conforme a las recomedaciones publicadas por el Servicio de Prevención de la Enfermedad y el Documento de Inmunización Segura en Atención Primaria. Se efectuará junto con el responsable de vacunas del centro de salud.

Análisis de las acciones prioritarias con cada centro derivado de la evaluación previa. Análisis DAFO para establecer acciones de mejora a nivel de Dirección Asistencial.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Se realizan visitas a 16 centros de salud con el responsable de vacunas, realizandose posteriormente un análisis DAFO para detectar posibles acciones de mejora a nivel de dirección asistencial. Se han gestionado en los centros en los que se han detectado situaciones que requerían una acción a corto plazo por razones de seguridad. Después de este análisis se toman las siguientes medidas:

Indicaciones específicas para cada centro para mejorar la unificación de criterios en el almacenamiento interno en frigorífico e informar a los profesionales responsables de las vacunas sobre las herramientas que tienen para poder mejorar en la gestión y almacenamiento de vacunas en la web corporativa.

Mantener a los profesionales informados sobre las novedades en las campañas de vacunación mediante correo electrónico semanalmente a los centros de salud.

Se valora la realización de sesiones específicas durante el año para complementar la formación que se ofrece desde el Servicio de Prevención de la Enfermedad.

Referencias

1 Inmunizacion segura en Atencion Primaria. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Enero 2019.

2 Centers for Disease Control and Prevention. (2019, July 11). Vaccine Storage & Handling. https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/stora-

ge-handling.html

3 World Health Organization. (2023). Essential Programme on Immunization. Effective Vaccine Management (EVM). Setting a standard for the vaccine supply chain. World Health Organization.

https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/supply-chain/effective-vaccine-management-(evm)

ID: 12774

MedicaMente: uso seguro de benzodiacepinas

Oro Fernandez, Maria; Corro Madrazo, Patricia; Teja Barbero, Jose Luis; Fernandez Torre, Oscar

Servicio Cántabro de Salud

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: benzodiacepinas, seguridad, simulación clínica

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Los problemas de salud mental (SM) y el consumo de psicofármacos se han incrementado en los últimos años. Las benzodiacepinas (BZD) son los medicamentos más prescritos en los países desarrollados. Se utilizan sobre todo para la ansiedad e insomnio. Es necesario diseñar estrategias para la seguridad de estos medicamentos: MedicaMente es un proyecto multidisciplinar diseñado para promover el uso seguro de BZD en la Comunidad Autónoma (CCAA).

ANÁLISIS

Evaluación del uso de BZD en nuestra CCAA:

Análisis cuantitativo: Se definieron los indicadores de consumo para analizar la evolución desde el 2018 hasta la actualidad. Se extrajeron datos por principio activo, edad, sexo y área sanitaria de Receta Electrónica y Tarjeta Sanitaria.

Análisis cualitativo: Se diseñó un cuestionario de valoración de actitudes del profesional sanitario de AP frente a la SM. Contenía 4 bloques: sociodemográficos, actitud profesional, conocimientos y actividad asistencial. Consta de 30 preguntas, todas con respuesta obligada y algunas con respuesta múltiple. El cuestionario se envió por correo corporativo y permaneció activo 3semanas.

PROPUESTAS DE MEJORA/PLANES DE ACCIÓN

Plan formativo multidisciplinar cuyo objetivo principal es promover el uso seguro de BZD utilizando la simulación clínica como herramienta docente. Con formación de formadores se difundieron los conocimientos al resto de profesionales de AP. Se reflexionó sobre el uso de psicofármacos y se empleó la simulación clínica para la observación directa y posterior toma de decisiones compartida.

Campaña informativa dirigida a profesionales y educación sanitaria.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

El análisis cuantitativo concluyó que el consumo de BZD crecía con los años. Es mayor en edad avanzada y crece de forma considerable en los menores. El género femenino es el que, predominantemente, consume estos fármacos.

El análisis cualitativo aportó información útil: los profesionales consideran que están poco formados en el uso de psicofármacos y les gustaría formarse, consideran útil la deprescripción y además aportaron herramientas para implantarla, prescriben BZD puntualmente, pero en 1ªlínea y opinan que el paciente, el tiempo y la retirada son factores que cronifican los tratamientos.

El programa formativo se inició en mayo-2021 desarrollándose 4 ediciones basadas en Simulación Clínica, formándose 40 profesionales. La campaña informativa se ha desarrollado en el 62% de los CS. Su objetivo es promover el uso seguro de las BZD. Además de visibilizarlo en Jornadas y en Redes Sociales (#MedicaMente) y la campaña de educación sanitaria, se difundirá una vez formados todos nuestros profesionales.

Según nuestros indicadores, la prevalencia de consumo (pacientes que han dispensado por lo menos 1 envase en el año con respecto a toda la población) en el año 2018 fue de un 15,4%, en 2019 de un 16,3%, en 2020 un 16,9%, en el 2021 un 17,9% y en el año 2022 fue de 17,8%, por lo que podemos afirmar que hemos frenado la curva.

ID: 12776

Salud Mental Simulada: innovando en formación

Oro Fernandez, Maria [1]; Corro Madrazo, Patricia [1]; Teja Barbero, Jose Luis [1]; Esteban Pellón, Jesús [1]; Gómez del Barrio, Andrés [2]; Fernandez Torre, Oscar [1]

Servicio Cántabro de Salud, [2] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Palabras clave: formacion, simulacion clínica, seguridad

OBJETIVO

Analizar y mejorar el proceso de asistencia a los pacientes con trastornos en Salud Mental utilizando la simulación clínica como herramienta docente, para garantizar la asistencia de calidad a nuestros pacientes desde el ámbito de la Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un plan formativo para el abordaje del paciente con trastorno mental no grave basado en simulación clínica. El grupo de trabajo multidisciplinar se creó según el método de liderazgo participativo incluyendo profesionales asistenciales y gestores con la finalidad de crear la agenda docente bajo el prisma del trabajo en equipo y adaptados a las necesidades actuales. Se revisaron los procesos y guías clínicas existentes para el desarrollo de los casos clínicos. Se empleó la técnica de indagación para la reflexión sobre el uso de psicofármacos y la simulación clínica para la observación directa y posterior toma de decisiones compartida. Se amplió la información mediante sesiones teóricas online. Finalmente se organizó la formación de formadores para difundir los conocimientos de forma más eficaz al resto de profesionales de AP.

RESULTADOS:

Se realizaron 4 ediciones formativas (40 profesionales sanitarios) en simulación clínica dirigidas al ámbito de AP. Se diseñaron diferentes escenarios: promoción del uso seguro de psicofármacos, gestión de emociones, abordaje no farmacológico, formación de formadores, casos clínicos etc.

En la indagación se detectaron como factores asociados al consumo excesivo de psicofármacos, los relacionados con el paciente, con los profesionales y con la propia institución.

Además, la simulación clínica detectó diferencias en el abordaje del paciente con trastorno mental no grave. Posteriormente se realizó un análisis y se elaboraron manuales de actuación mediante toma de decisiones compartida.

En la formación de formadores, los 40 profesionales seleccionados y formados fueron los encargados de difundir el conocimiento al resto de profesionales de AP, actualmente se han formado el 62% de los centros de salud de la comunidad.

CONCLUSIÓN

La simulación clínica como herramienta docente permitió indagar y reflexionar sobre los factores que determinan el consumo excesivo de psicofármacos. Además de elaborar manuales de actuación para el abordaje de los pacientes con trastorno mental no grave desde AP, diseñados por los propios profesionales y basados en la simulación realizada.

Utilizar herramientas innovadoras para la formación de nuestros profesionales favorece el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes. Así como de potenciar la capacidad para estimular el pensamiento crítico y desarrollar el proceso de toma de decisiones compartida.

La implicación de los servicios gestores en el diseño de actividades formativas es importante para que el desarrollo de estas actividades se promueva desde los servicios de salud, favoreciendo la coordinación entre diferentes estamentos y garantizando la equidad formativa en las diferentes áreas de salud.

ID: 12777

POR FAVOR, EXPLÍQUEMELO, NO HABLO BIEN ESPAÑOL.

de Miguel Vicenti, María [1]; Gonzalez-Montagut Gomez, Maria Teresa [2]; Martinez Martin, Esther [1]; Aparicio Tejedo, Sara [1]; Fernandez de Alarcon, Iciar [3]; Encinas, Angélica [1]

C.S Entrevías, [2] C.S Artilleros, [3] C.S Entrevias

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Otros

Palabras clave: error medicacion, seguridad del paciente

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años, natural de Rumanía, que acude sin cita a consulta solicitando una receta de Levofloxacino pautado en urgencias hace 48 horas. Consultamos el historial en AP-Madrid y vemos que en urgencias le han puesto el Levofloxacino en la receta electrónica y el paciente lo ha recogido en farmacia. Preguntamos al paciente por qué lo necesita y nos dice que le dieron en la farmacia una caja de 7 comprimidos, se lo ha tomado cada 8 horas y sólo le queda un comprimido y le dijeron que lo tenía que tomar una semana. Explicamos al paciente que ha hecho mal la pauta y explicamos que la pauta indicada y escrita en el informe de alta de urgencias era de un comprimido cada 24 horas durante 7 días. Preguntamos por posibles efectos adversos del Levofloxacino pero el paciente no presentaba ninguno

ANÁLISIS REALIZADO

Una vez detectado este error de medicación sin daño en el paciente, analizamos las causas con una espina de Ishikawa. Los factores que creemos pudieron influir en el error fueron la dificultad de idioma de la paciente, la falta de explicación por parte del médico, la falta de tiempo que tienen los profesionales en el servicio de urgencias y el no haber leído el informe de alta. El problema se detectó en el centro de salud una vez causado y no produjo daño en el paciente.

Hicimos una lluvia de ideas para evitar las causas analizadas del problema y las posibles soluciones que propusimos fueron: aumentar el personal de urgencias, nombrar a alguna persona encargada de explicar el tratamiento a personas que no hablan el español y comprobar que se ha entendido, siempre dar por escrito el informe al paciente con el tratamiento prescrito y sin abreviaturas.

CONCLUSIONES

Los errores de medicación son cada vez más comunes lo cual pone en peligro la salud de los pacientes, de ahí la importancia de prevenirlos y controlarlos. La explicación al paciente del diagnóstico y tratamiento es muy importante en todos los ámbitos de la medicina. Comprobar que el paciente ha entendido todo es fundamental y sobre todo se debe de hacer hincapié en personas que no hablan nuestro mismo idioma.

ID: 12800

INTERACCIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y SEGURIDAD DE PAXLOVID® EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Borrego Izquierdo, Yolanda [1]; Prieto Sánchez, Raquel [2]; Casado Casuso, Silvia [3]; Domínguez Urbistondo, Gema [3]; Castillo Blanco, Iván [3]

[1] Gerencia de Atención Primaria Cantabria, [2] Gerencia Atención Primaria, [3] Gerencia Atención Primaria Cantabria

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

OBJETIVO

Analizar el perfil de interacciones farmacológicas clínicamente relevantes y seguridad del uso de Paxlovid® en la práctica clínica tras el requerimiento por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de la validación farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo entre julio-diciembre 2022. Se incluyeron las solicitudes de inicio de tratamiento con Paxlovid®. Se recogieron las siguientes variables; edad, sexo, criterios de inicio, interacciones farmacológicas (IF), recomendación farmacéutica, reacciones adversas, asistencia a urgencias e ingreso hospitalario. Las IF se analizaron con la web de la Universidad de Liverpool y Lexicomp®, clasificándolas como fármaco contraindicado, potencial interacción clínicamente significativa (PI) e interacción débil (ID). Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de la historia clínica de los pacientes. El análisis de las variables cualitativas de describe mediante porcentajes y las cualitativas con media y desviación estándar (DS).

RESULTADOS

Se recibieron 185 solicitudes de inicio de tratamiento, cumpliendo un 77,83% (n=144) los criterios establecidos por la AEMPS. La edad media fue 79 años (DS±17) siendo el 51,36% hombres. No iniciaron tratamiento 33 pacientes, siendo los motivos de no inicio: 55,55% IF, 19,45% mejoría del paciente, 13,89% no acepta la familia, 8,33% decisión clínica y 2,78% insuficiencia renal. Se detectaron 240 interacciones clínicamente relevantes, siendo 10% fármacos contraindicados, 85,80% PI y 4,20% ID. Los fármacos contraindicados fueron 12, presentando mayor frecuencia silosidona (n=4), salmeterol (n=3), diazepam (n=3) y ribaroxaban (n=3). Se detectaron 59 fármacos con PI, siendo los más frecuentes: estatinas (n=51), metamizol (n=18), tramadol (n=13), valsartan (n=12), amlodipino (n=11) y zolpidem (n=9) y en el caso de ID fueron 6 fármacos. Las recomendaciones fueron: 47,87% suspender medicación concomitante, 28,72% ajustar dosis y 23,41% monitorizar toxicidad-efectividad farmacológica. Fueron aceptada todas las recomendaciones de medicación crónica realizadas excepto en un caso. Se notificaron 6 reacciones adversas, suspendiendo el fármaco a 2 pacientes. 19 pacientes acudieron a urgencias tras iniciar el tratamiento: 10 relacionados con COVID, 7 no relacionado con COVID y 1 relacionado con Paxlovid®. Se produjeron 3 ingresos hospitalarios no relacionados con Paxlovid®.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de interacciones clínicamente relevantes con el uso de Paxlovid® confirma la necesidad de la validación del FAP. La gran aceptación de las recomendaciones de ajuste de tratamiento ha conseguido mejorar la seguridad en estos pacientes. El bajo número de pacientes que precisan de suspensión del tratamiento indica que es un fármaco seguro en su uso

ID: 12801

VITAMINA D: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

PRIETO SANCHEZ, RAQUEL [1]; BORREGO IZQUIERDO, YOLANDA [2]; DOMINGUEZ URBISTONDO, GEMA [2]; CASADO CASUSO, SILVIA [3]
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA, [2] GERENCIA ATENCION PRIMARIA, [3] GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente
Área temática: Uso seguro de la medicación
Palabras clave: VITAMIN D, EDUCATION, INAPPROPIATE PRESCRIBING

OBJETIVOS

Tras la detección de un caso de niveles tóxicos de 25-OH vitamina D en suero (25-OH-vit D) se decidió poner en marcha una intervención para mejorar la seguridad de los pacientes. El objetivo del estudio es analizar el impacto de la estrategia de intervención puesta en marcha por el farmacéutico de atención primaria (FAP), mediante la formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) y la comunicación de pacientes con prescripción inadecuada de vitamina D junto con el último valor analítico para su revisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio trasversal de intervención a través de la revisión de tratamientos de vitamina D entre mayo y octubre 2022. Se incluyeron en el estudio todas aquellas prescripciones inadecuadas, teniendo en cuenta la variabilidad de presentaciones comerciales, así como diferentes pautas de dosificación de cada una de ellas. La intervención consistió en una sesión formativa con las recomendaciones de prescripción de vitamina D y entrega de listados con los pacientes adultos con una prescripción inadecuada junto con el último valor analítico 25-OH-vit D registrado. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, nivel analítico 25-OH colecalciferol (rango 20-50 ng/mL), posología, frecuencia de toma y retirada del fármaco. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar (DS) y las cualitativas con porcentajes.

RESULTADOS

Se identificaron 907 pacientes con una prescripción inadecuada de vitamina D, cuyos datos se facilitaron a los médicos en las sesiones realizadas en los 43 centros de salud. El 74,20% eran mujeres con una edad media de 65,9 (DS± 16 años); mientras que en los hombres fue del 69,1 (DS± 15 años). El 16,31% no tenía recogida en la historia clínica ninguna analítica de 25-OH-vit D, y de los pacientes con niveles un 2,42% tenía registrado un nivel tóxico, con una mediana de 59,50 (rango 51-168 ng/ml). En el 9% de los pacientes se detectó una duplicidad de prescripción de vitamina D. El 81,9% de las intervenciones fueron aceptadas, observándose que al 19,6% de los pacientes se les había suspendido la prescripción de vitamina D, y al 62,3% se les había modificado su pauta posológica aceptando los cambios propuestos por el FAP.

CONCLUSIONES

La formación directa por el FAP al médico prescriptor, aportando los datos de los pacientes seleccionados y de los niveles analíticos, ha disminuido notablemente el porcentaje de pacientes con una prescripción inadecuada de vitamina D; contribuyendo así a reducir los errores de medicación y a mejorar el problema de seguridad.

ID: 12802

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

USARRALDE PEREZ, ANGELA; CRUZ MARTOS, M. ANGELE; MEDINA BUSTILLO, BEATRIZ; BLAZQUEZ VALERON, ANA; RAMÓN GARCÍA, JIMENA

SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Revisión de tratamiento, paciente institucionalizado, problemas relacionados con los medicamentos

OBJETIVO

Analizar una intervención orientada a optimizar el tratamiento farmacológico en pacientes mayores institucionalizados en un centro sociosanitario (CSS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental (noviembre-2022 y enero-2023).

Se realizó una intervención por un equipo multidisciplinar, liderada por el FAP, que llevó a cabo una revisión del tratamiento (RT) de los pacientes institucionalizados mediante comprobación de la historia clínica. Según los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados, envió recomendaciones al médico de familia y comunitaria (MF), que asiste a los pacientes de dicho centro. Tras consenso con el médico del CSS, el MF realizó los cambios pertinentes en receta electrónica. La aceptación de recomendaciones se comprobó revisando cambios en receta electrónica.

Variables recogidas (Excel®): edad, sexo, número de medicamentos crónicos pre-post intervención, principios activos/subgrupos químicos implicados, PRM, aceptación de las recomendaciones y gasto de facturación mensual.

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje y las cuantitativas en mediana y percentiles.

RESULTADOS

Se revisaron 71 pacientes (74,6% mujeres; edad mediana=85 años, P25-75: 82-90; 2 pérdidas de seguimiento) con una mediana de 8 medicamentos crónicos (P25-P75=4-10,5). Se detectaron 283 PRM en 87,3% de los pacientes (n=62), con 4 PRM/paciente (P25-P75=2-6). Los principales PRM identificados fueron: medicamentos sin indicación clara (24,7%), dosis y pauta posológica (19,4%), error de conciliación (19,1%) y duración de tratamiento (12%).

Los subgrupos químicos más implicados fueron: analgésicos/antipiréticos (13,2%), antidepresivos (9%), vitaminas Ay D (8,1%), agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico (7,7%), antipsicóticos (6,1%) y laxantes (5,8%).

El grado de aceptación de las recomendaciones fue 89,7%, existiendo al menos un PRM solucionado en el 82,3% de pacientes. De los principales PRM, los de mayor porcentaje de resolución fueron: duración de tratamiento (97,1%) y error de conciliación (92,6%).

De los principales principios activos, los de mayor aceptación fueron: macrogol (88,9%), calcio carbonato/colecalciferol (87,5%), calcifediol (87,5%), paracetamol (85%) y metamizol (83,3%).

La mediana de medicamentos por paciente pre-revisión fue 8 (P25-P75=4-10,5) y post-revisión 5 (P25-P75=3-8). Tras la intervención, un 68,1%% de los pacientes redujeron el número de medicamentos.

Se obtuvo una reducción del gasto de facturación mensual del 40,3%, estimándose una reducción de 45.291,60 €/año.

CONCLUSIONES

La intervención del FAP ha permitido reducir un elevado porcentaje de PRM, contribuyendo a mejorar la calidad y seguridad del tratamiento farmacológico de los pacientes institucionalizados. Además, ha supuesto una considerable racionalización del gasto farmacéutico.

ID: 12803

INCIDENTE MASIVO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN FRENTE COVID-19: GESTION DE LA CRISIS E IMPLANTACION DE MEJORAS

GONZALEZ RUIZ, MARIO [1]; CASADO CASUSO, SILVIA [1]; UGARTE MIOTA, TERESA [2]; JOSA FERNANDEZ, BEATRIZ [3]

[1] GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA, [2] GERENCIA DE ATENCION PRIMARI, [3] GERENCIA ATENCION PRIMARIA

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Vacunación, incidente, error de medicación, COVID-19, notificación, SiNASP.

OBJETIVO

La presión y cambios asistenciales durante la pandemia, junto con la variedad de vacunas frente a COVID-19 disponibles, con diferentes requisitos de conservación, preparación y administración, y el uso viales multidosis, aumentaban el riesgo de errores que podían comprometen su eficacia o provocar eventos adversos. Identificar y analizar incidentes de seguridad durante la campaña de vacunación contra COVID-19 permite establecer las medidas de prevención necesarias para evitarlos.

DESCRIPCION

Durante una jornada del Programa Especial de Vacunación se detecta que un centenar de niños han podido ser vacunados con vacunas reconstituidas con agua para inyección en lugar de suero fisiológico. Se interrumpe la vacunación y se informa del incidente. La Gerencia de Atención Primaria aborda el incidente desde dos vertientes:

Gestión de la pauta vacunal de los niños afectados: se genera un grupo multidisciplinar (dirección de atención primaria, salud pública, seguridad paciente, farmacéutico, farmacólogo, inmunólogo). Se realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se consulta al laboratorio y a la AEMPS. Ante la falta de evidencia sobre el manejo de este tipo de incidente, el grupo de expertos recomienda por consenso la realización de una serología a todos los niños implicados, informando previamente a las familias y obteniendo su consentimiento. En función del resultado se decidirá si continuar con vacunación o repetir la dosis. Se vigilará activamente la aparición de posibles reacciones adversas.

Análisis técnico del incidente y establecimiento del plan de acción.

RESULTADOS

La serología mostró que el 100% de los niños analizados generó anticuerpos, confirmando que la vacunación fue efectiva, recomendando continuar con la pauta normal de vacunación. Se informó del resultado a las familias. La vigilancia activa de estos niños no detectó ninguna reacción adversa. Se analizó y calificó como SAC-3 el nivel de riesgo del incidente. Se completó la recogida de datos, realizando entrevistas a los profesionales implicados. La similitud entre viales generó el incidente. Se identificaron causas subyacentes a nivel de protocolos y de recursos humanos. Se elaboró un Plan de acción implementando reformas a nivel de: puntos de vacunación, circuitos y almacenaje, listas de verificación, contratación de personal, planificación de las jornadas especiales de vacunación, formación.

CONCLUSIONES

El incidente no afectó a la eficacia o seguridad de la vacunación. El trabajo multidisciplinar y la consolidación de la cultura de seguridad en las organizaciones, estableciendo recomendaciones y mecanismos que identifiquen errores y fallos del sistema, permite avanzar en la seguridad del paciente.

ID: 12805

Análisis de una estrategia de intervención farmacéutica de revisión de tratamiento en pacientes polimedicados sin médico asignado

Cruz Martos, María de los Ángeles [1]; Usarralde Pérez, Ángela [2]; Blázquez, Ana [2]; Medina Bustillo, Beatriz [3]; Ramón, Jimena [2]; Peláez, Marina [4]

Servicio de Farmacia AP. Unidad Dirección Asistencial Sur. SERMAS, [2] Servicio Farmacia Atención Primaria. Unidad Dirección Asistencial Sur. SERMAS., [3] Servicio Farmacia Atención Primaria. Unidad Dirección Asistencial Sur. SERMAS., [4] Servicio Farmacia Atención Primaria. Unidad Dirección Asistencial Sur. SERMAS.

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Polifarmacia, Revisión de tratamientos, Problemas relacionado con los medicamentos, Seguridad de los tratamientos, Seguridad del paciente, Sistemas de prescripción electrónica, Sin médico asignado

OBJETIVOS

Analizar una intervención de seguridad realizada por Farmacéuticos de Atención Primaria(FAP) basada en revisar el tratamiento(RT) de pacientes polimedicados sin médico asignado y con medicación crónica en receta electrónica(RE) próxima a caducar

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional analítico multicéntrico Periodo estudio: mayo-junio/2022

Ámbito/población: Pacientes polimedicados de 3 centros de salud(CS) sin médico de familia(MF) asignado que, en mayo/22, tenían ≥6 medicamentos crónicos en RE que caducaban en junio-julio/2022.

Intervención: multidisciplinar, liderada por FAP que realizó la RT consultando historia clínica, donde incorporó recomendaciones por cada problema relacionado con la medicación(PRM) detectado. Dado que el paciente no tenía médico asignado, se diseñó un procedimiento de actuación entre FAP-unidad atención al usuario-MF del CS para determinar, de entre los MF disponibles, quien realizaría la valoración de estas recomendaciones.

Variables: edad, sexo, nivel de intervención asistencial (NIA-según actividades asistenciales que requiere el paciente), número medicamentos crónicos(NMC) pre-post intervención, subgrupos terapéuticos(SGT)/principios activos(PA), PRM y aceptación de recomendaciones, recogiéndose la información en Excel.

Análisis estadístico: descriptivo. Cuantitativas: media(desviación estándar); cualitativas: frecuencia-porcentajes. Diferencia medias NMC pre-post(IC 95%).

RESULTADOS

Se incluyeron 211 pacientes, identificándose PRM en 147(69,7%).

En estos pacientes con PRM, la edad media fue 46,7(16,6); 60,5% mujeres; NIA medio-alto:15,7%. Media NMC:8,1(DE:2,9).

PRM detectados:420; 2,9(DE:1,8) PRM/paciente. Principales PRM: excesiva duración tratamiento(48,8%), falta adherencia(14%), sin indicación(13,6%), duplicidad(12,6%). SGT/PA más implicados: sistema nervioso(26,2%), respiratorio(19,8%), alimentario-metabólico(13,8%) /paracetamol(6%), metamizol(4,5%), omeprazol(3,8%).

Tras intervención se resolvó el 68,6% de PRM, justificando el MF el 31,8% de los no solucionados. Un 73,5% de pacientes tuvo, al menos, un PRM resuelto.

De los principales PRM, los de mayor resolución fueron: duplicidades(81,13%) y excesiva duración de tratamiento(70,73%). De entre los SGT/PA más implicados, los de mayor resolución fueron: dermatológico(81,8%), musculoesquelético(80,6%) /budesonida nasal e ibuprofeno(90%), omeprazol(68,8%), metamizol(57,9%).

Media NMC tras intervención: 4,9(DE:3,2). Diferencia de medias pre-post: 3,2(IC95%:2,5-3,9), lo que supone una reducción del 39,5% en NMC.

CONCLUSIONES

La intervención del FAP, en un contexto de coordinación multidisciplinar, ha logrado mejorar la seguridad de los tratamientos en pacientes polimedicados sin médico asignado, al detectar y reducir gran número de PRM, fundamentalmente duplicidades y PA con excesiva duración de tratamiento. Paralelamente, se ha reducido el número de

medicamentos crónicos y se ha optimizado el uso de PA con problemas de seguridad a largo plazo como metamizol u omeprazol.

ID: 12812

CASOS QUE ENSEÑAN: TÍTULO: ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: BARRERA ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE EN EL DIAGNÓSTICO

Iglesias Muñoz, Manuel [1]; Sánchez Holgado, Javier [2]; Torijano Casalengua, Maria Luisa [3]; Espinoza Cuevas, Giovanna [4]; Gutiérrez Ruiz, Ángeles [4]; Molina Gallardo, Laura [4]

Consultorio Alcolea del Tajo, Consultorio El Bercial, [2] El Puente del Arzobispo, [3] Sescam Servicios Centrales, [4] Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Otros

Palabras clave: Ecografía Atención Primaria, Masa tumoral, Fecaloma, Protocolo derivación urgencias

Mujer de 57 años que consulta en atención primaria (AP) por síndrome miccional y dolor en hipocondrio derecho. No detectándose anomalías a la exploración, se realiza tira reactiva de orina que objetiva signos de infección y se pauta tratamiento antibiótico. Sin clara mejoría, una semana después, se decide completar estudio con cultivo urinario y ecografía reno-vesical.

En el transcurso del seguimiento, se cita a la paciente para nueva exploración física, objetivando una masa indurada en hipogastrio, por lo que su médico decide realizar, en ese mismo momento, ecografía abdominal en la consulta de AP. Se detecta masa heterogénea de consistencia sólido-quística de 10 x 11 cm que impresiona de origen ginecológico sin poder descartar origen intestinal.

El informe de la ecografía programada que se solicitó llega al día siguiente siendo informada, desde un centro externo, como normal.

Ante tal discordancia en el diagnóstico y persistencia de la clínica, se deriva a la paciente a urgencias. Un residente se hace cargo de la paciente y, tras realizar Rx abdominal y priorizar la eco externa normal, informa el hallazgo como probable fecaloma. Dada la situación, su médico decide consultar el caso con Medicina Interna que solicita un TAC abdominal.

En el TAC se detecta masa tumoral que depende de ovario derecho por lo que se cita a la paciente, con carácter urgente, en Ginecología con sospecha de cistoadenocarcinoma.

Se realizó cirugía y quimioterapia encontrándose la paciente actualmente en fase de remisión de enfermedad y en seguimiento por Oncología y Ginecología.

ANÁLISIS REALIZADO

Se presentó el incidente en la siguiente sesión semanal del equipo de atención primaria. Se decidió realizar un diagrama de Ishikawa detectando 16 causas relacionadas que, analizadas y categorizadas, en su mayor parte tienen que ver con factores organizativos, profesionales y relativos a la comunicación. Se efectuó a continuación un análisis de las barreras existentes así como de las carencias para el freno para cada una de las causas identificadas, detectándose finalmente 7 acciones de mejora que se están analizando y planificando en el momento actual.

Se resalta en el análisis, la trascendencia de seguir insistiendo en mejorar la comunicación entre profesionales de los distintos niveles asistenciales y de garantizar su confianza mutua, dando énfasis a su importancia sobre todo en casos de emergencia.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Entre todas, la propuesta de mejora más altamente priorizada ha sido la realización de un programa de sesiones clínicas inter niveles sobre seguridad del paciente y casos que enseñan.

Se hace preciso potenciar y visibilizar la capacidad resolutiva que tienen los profesionales de Atención Primaria ante la población y el resto de profesionales sanitarios.

ID: 12815

Cuantificando la infranotificación de eventos adversos y los sesgos asociados a los sistemas de notificación voluntaria de incidentes

Conejos Miquel, María Dolores [1]; Benito Martínez, María Victoria [2]; Garzón González, Gerardo [3]; Alonso Safont, Tamara [3]; Jurado Balbuena, Juan José [4]; Barberá Martín, Aurora [3]

Gerencia de Atención Primaria Madrid, [2] Hospital Universitario 12 de Octubre, [3] Gerencia de Atención Primaria, [4] Centro de Salud Alicante

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria

Palabras clave: Evento adverso Incidentes con daño Revisión de historias clínicas Sistemas de notificación de incidentes

OBJETIVOS

Conocer la magnitud de la diferencia en la capacidad para detectar eventos adversos (EA) de un sistema de notificación voluntaria (SNV) de incidentes de seguridad (IS) frente a la revisión de historias clínicas (RHC) en el ámbito de Atención Primaria (AP)

Conocer las diferencias en la caracterización de los EA detectados mediante ambos métodos

MATERIAL Y MÉTODOS

Comparación de los resultados del reciente estudio de prevalencia y caracterización de los incidentes con daño (EA) en Atención Primaria (AP) de nuestra Comunidad Autónoma realizado mediante el método de RHC con los EA detectados mediante el SNV de IS en el mismo periodo de tiempo y el mismo ámbito.

Análisis de las diferencias encontradas en la variable principal (número de EA) y de las variables secundarias: sociodemográficas, gravedad, tipo y lugar de aparición.

RESULTADOS

Mediante los SNV de incidentes se reportan solamente **uno de cada 302 EA** detectados mediante RHC (0,33%).

Hay menos mujeres implicadas en los EA notificados por SNV (60,86%) que en los detectados por RHC (66,7%).

La franja de edad más afectada en los EA notificados por SNV son los **>75 años** (37%) frente a la de **46-65 años** en la RHC (31%).

Gravedad: Tanto en los EM notificados mediante los SNV como en la RHC la categoría más frecuente es el **daño leve** (57,9% SNV vs 60,6% RHC). **Se notifican muchos menos EA graves** mediante SNV (1,5%) que los que detecta la RHC (7,4%).

Tipo: Mediante SNV **se notifican muchos más EM de paciente** (28,1% vs 17%), incidentes relacionados con dispositivos (11,7% vs <1%), dispensación (5,5% vs <1%), continuidad (5% vs <1%), citaciones (4,8% vs 2,1%) y con infraestructuras (3,4% vs <1%).

A cambio se notifican menos EM relacionados con la prescripción (15,1% vs 28,7%), incidentes con los tratamientos (1,9% vs 12,8%), seguimiento y cuidados (0,42% vs 9,6%) o valoración clínica y diagnóstico (0,21% vs 11,7%).

Los EA relacionados con pruebas diagnósticas y administración de fármacos muestran menos diferencias.

Gravedad según tipo: En el estudio de prevalencia, la mayor gravedad se presentaba en los EA de procedimientos terapéuticos (17% graves), administración (14% graves) y seguimiento y cuidados (11% graves). Mediante SNV sólo se puede valorar la gravedad en los EA relacionados con EM, siendo los más graves los de administración (3,1% graves) y los de medicación del paciente (2,2% graves).

Lugar: mediante ambos métodos el lugar en el que se detectan más EA es el CS (49,8% SNV; 44,7% RHC), pero mediante SNV se reportan más EA en el domicilio del paciente (28,78%) que lo que detecta la RHC (19%) y solo la mitad ocurren en hospital (11,8% vs 21,3%).

CONCLUSIONES

Es importante conocer las limitaciones de los SNV. Detectan un % muy bajo de EA y tienen los sesgos propios de un sistema que no asegura la protección del profesional implicado, lo que reduce la notificación de EA graves

o relacionados con su responsabilidad como sanitarios: prescripción, cuidados, seguimiento, valoración clínica y diagnóstico.

ID: 12817

Errores de medicación del paciente: del análisis a la acción

Martínez Patiño, Mª Dolores [1]; Garzón González, Gerardo [1]; Martínez Sanz, Henar [2]; Medina Bustillo, Beatriz [2]; Ballarín González, Ana [2]; Izquierdo Palomares, José Manuel [2]

Área de Procesos y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Sº Madrileño de Salud, [2] Gerencia de Atención Primaria, Sº Madrileño de Salud

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Error de medicación, administración por paciente, daño, acciones de mejora.

OBJETIVOS

Analizar los errores de medicación (EM) notificados en Atención Primaria (AP) en una CCAA en la etapa de la administración por el paciente (AdPac).

Desarrollar acciones de mejora para los que originan mayor daño.

MÉTODOS

Se analizan los EM en la fase de AdPac notificados de 2015 a 2021. Se describen tipo, etapa, causas y consecuencias (daño) para el paciente.

Se realiza análisis DAFO. Se seleccionan situaciones consideradas debilidades y fortalezas para la aparición de EM en AdPac, y se transforman en posibles acciones de mejora (AM): las fortalezas para impulsar su despliegue y las debilidades para abordarlas con AM factibles.

Se priorizan las AM por impacto (capacidad de reducir daño) y factibilidad de su implantación en el plazo de un año.

RESULTADOS

De 2015 a 2021 se notifican en total 13.073 EM, de los cuales 3.285 casos (el 25%) ocurren en la etapa de AdPac. El 66% de los pacientes son mayores de 65 años.

Respecto al tipo, el 37% fueron EM en dosis (omisión/incorrecta) y el 18% en frecuencia de administración.

Las causas más frecuentes fueron la falta de conocimiento en el 39%, los problemas de interpretación de prescripción en un 23% y confusión por la presentación en un 10,4%.

Consecuencias: los EM con daño en esta etapa duplica los casos del total: 11,4% (371 de los 3.285 casos) frente a 5,5% en el total. La mitad de los EM con daño se producen en la etapa de AdPac. La gravedad es similar a la del grupo total: el 87% presentó daño temporal que requirió intervención y un 10,2% (38 casos) precisaron/prolongaron la hospitalización.

Tras el DAFO se proponen 51 AM, que son priorizadas por el grupo. El abordaje de las más puntuadas se está iniciando. Se trata de AM relacionadas con:

- Disponibilidad de hoja de medicación única y siempre actualizada, con avisos/información en los medicamentos de alto riesgo.
- Envío de correos a médicos de familia (MF) por parte de los farmacéuticos de AP indicando necesidad de revisar tratamientos de determinados pacientes.
- Uso del check-list para revisión del botiquín casero en visitas domiciliarias.
- Hojas informativas sobre tratamientos de difícil manejo/administración.
- Realización del taller “Conoce tus medicamentos”.
- Listados de pacientes con medicación crónica de alto riesgo.
- Revisión periódica de pacientes a partir de determinado nº de prescripciones, informar al MF y citar en su agenda.
- Mejoras en registro del programa del paciente polimedicado.
- Programas de conciliación de medicación entre AP y hospitales.

CONCLUSIONES

La cuarta parte de los EM tuvo lugar en la fase de AdPac. La mitad de los EM con daño corresponden a este grupo; de ellos, uno de cada diez causó daño (11,4%). Los más frecuentes fueron errores en dosis, causados por falta de conocimiento. Las AM se centran en este ámbito.

Los EM son un riesgo importante e identificar los graves y las condiciones en que ocurren contribuye a mejorar la seguridad de la asistencia, ya que permite orientar las prácticas seguras a los ámbitos de mayor daño potencial.

ID: 12819

Normalización de la apertura de nuevos botiquines de medicamentos para garantizar la seguridad de la atención urgente en atención primaria

VEGA RUIZ, LAURA [1]; MARTÍNEZ SANZ, MARÍA HENAR [1]; SANTAOLALLA GARCÍA, ISABEL [2]; PÉREZ ALENZA, MARÍA LUISA [3]; GÓMEZ VALBUENA, ISABEL [4]; PERAL BOLAÑOS, CRISTINA [5]

SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE COMUNIDAD DE MADRID, [2] SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE COMUNIDAD DE MADRID., [3] SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID, [4] SERVICIO DE FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE. MADRID, [5] SERVICICO DE FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE. MADRID

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Botiquines, medicación, urgencias

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El correcto almacenamiento y conservación de los medicamentos es esencial para garantizar su calidad, eficacia y seguridad. Desde servicios centrales de la comunidad autónoma se ha solicitado la colaboración de los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) para la dotación inicial de nuevos botiquines de urgencias para su inmediata y adecuada puesta en funcionamiento y mantener la continuidad asistencial urgente.

ANÁLISIS

Se realiza una visita inicial a las instalaciones para comprobar la idoneidad de la ubicación del botiquín y los medios disponibles (cajetines, carro de parada, estanterías, nevera...) para su puesta en marcha. Se detectan las siguientes incidencias, que son convenientemente subsanadas: ausencia de termómetros en neveras, falta de cajetines para medicación, cajetines no adecuados, y ausencia de corriente eléctrica.

Desde el almacén de farmacia se envía la medicación y el listado de medicamentos incluidos el botiquín, carro de parada y maletín de urgencias, en total 119 presentaciones de medicamentos diferentes.

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Los FAP verifican las condiciones en que se recibe la medicación, la colocan e identifican correctamente los medicamentos.

En cada botiquín se colocan todos los medicamentos, ubicándose en distintos espacios en función de la vía de administración, volumen, condiciones de conservación y seguridad.

La medicación del carro de parada es debidamente dispuesta y etiquetada con posterior precintado.

La medicación termolábil es ubicada en las neveras, correctamente etiquetada, previa verificación y registro de la temperatura. Se instala un sistema de monitoreo y registro de temperatura (Data-Loggers) en todas las neveras.

Los estupefacientes son ubicados en el carro de parada, botiquín y maletín de urgencias y se procede a la apertura del libro de registro de estupefacientes.

Por último, se facilita al personal sanitario la documentación de apoyo necesaria para la correcta gestión y conservación del botiquín (hojas de registro de revisión y de temperaturas de nevera, listado de fotosensibles y termolábiles, libro de estupefacientes y talonario de petición...).

Se propone continuar con las revisiones periódicas de los botiquines en las rondas de seguridad y las auditorías.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Gracias a la actuación coordinada del FAP con el resto de profesionales sanitarios implicados se ha procedido a la apertura de seis nuevos botiquines de urgencias poniendo en marcha distintas acciones para su correcto funcionamiento.

La normalización de su apertura ha sido primordial para eliminar la variabilidad en su dotación, localización, uso y conservación-reposición, y así favorecer el trabajo de los profesionales sanitarios, garantizando una actuación sanitaria rápida y segura en la atención continuada y urgente a los pacientes.

ID: 12825

ALÉRGENOS ALIMENTARIOS COMO PRINCIPIOS ACTIVOS

MEDINA BUSTILLO, BEATRIZ [1]; PABLOS MATEOS, ANA ISABEL [1]; HERRANZ MUÑOZ, NIEVES [2]; JIMÉNEZ MESEGUER, MARÍA [3]; MARTINEZ PATIÑO, Mª DOLORES [4]; BALLARÍN GONZÁLEZ, ANA [5]

SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO GETAFE, [3] HOSPITAL SEVERO OCHOA, [4] ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD, [5] DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Error de medicación; alérgenos alimentarios; reacción adversa a medicamentos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se ha recibido una notificación de reacción adversa a medicamentos (RAM) de tipo anafiláctica por tratamiento con proteinsuccinilato de hierro (Ferrocur®) en paciente pediátrico con antecedente registrado de alergia a proteína de leche de vaca (PLV). Algunos preparados antianémicos unen hierro a proteínas succiniladas de la leche formando el complejo ferro- proteico (proteinsuccinilato de hierro) para mejorar su tolerancia digestiva. En el caso de Ferrocur®, tanto en la ficha técnica (FT) como en el prospecto se indica la contraindicación de su administración en caso de alergia a las proteínas de la leche.

ANÁLISIS REALIZADO

Los medicamentos pueden contener alérgenos alimentarios formando parte de los principios activos (PA) o excipientes. La legislación vigente en materia de medicamentos de uso humano regula la declaración obligatoria (DO) de excipientes en el etiquetado, FT y prospecto. Sin embargo, no existe regulación legal especifica en caso de que el alérgeno alimentario forme parte del principio activo.

El Comité de Alergia a Medicamentos de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), publicó un documento en 2010 con el objetivo de identificar los medicamentos comercializados potencialmente peligrosos para alérgicos a alimentos. El documento identifica tres alérgenos como PA (lisozima, ovoalbúmina y proteinsuccinilato) con riesgo de RAM y descarta, tras revisión bibliográfica, otros alérgenos (glucosamina y otros derivados de quitina de crustáceos, probióticos, ácido láctico).

La Comisión de Seguridad realiza un análisis del incidente empleando como herramienta la discusión de casos. Se acuerda elaborar una recomendación de seguridad dirigida a los profesionales sanitarios, sobre alérgenos alimentarios como principios activos, que se difundirá a 262 centros de salud, para tratar de evitar que vuelva a ocurrir este error de medicación (EM).

En ella se incluye una tabla con los alérgenos alimentarios y los medicamentos que los contienen como PA, indicando si se recoge información sobre la alergia alimentaria en ficha técnica (composición y contraindicaciones) y prospecto.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

El análisis y gestión de los EM relacionados con la prescripción, notificados por los profesionales de los Centros de Salud, contribuye a mejorar la seguridad del paciente. La elaboración y difusión de recomendaciones a los profesionales sanitarios facilita la selección apropiada de medicamentos en pacientes alérgicos.

Referencias

1 Circular 1/2018 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Instrucción sobre excipientes (12/11/2018)

2 Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEIAC). Documento SEIAC: Aditivos alimentarios en medicamentos. 2010.

3 Alergias alimentarias y medicamentos: potenciales problemas de hipersensibilidad. Boletín de farmacovigilancia de la Región de Murcia – Número 38, año 2016

4 Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA: https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html

5 Aparicio Hernández R. Alergia a alimentos y medicamentos. Boletín RAM 2015; 22 (3): 1-3.

ID: 12826

El paquete que no aparecía

GONZALEZ-MONTAGUR GOMEZ, M TERESA [1]; de Miguel vicenti, Maria [2]; Valverde Torres, Yolanda [1]; Gallardo Ciudad, M Angeles [3]; VERA TORRES, Angela [4]; ALVAREZ CASADO, MANUEL ANGEL [4]

CS ARTILLEROS, [2] CS ENTREVIAS, [3] ARTILLEROS, [4] ARTILLEROS

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Identificación inequívoca, seguridad en los traspasos asitenciales, comunicación efectiva,...

Palabras clave: Protocolo

Con la exposición del caso queremos dar la importancia de lo importante que es tener todo protocolizado para poder tener todo en orden y que todo llegue a su destino.

El problema que tuvimos en el centro de salud de primaria es es siguiente. Estabamos esperando un paquete,en el cual,venía los cartuchos de PCR Y Glicada ,para realizar las pruebas rápidas. Avisamos en administración del centro para que supieran que lo estábamos esperando.Pasaron los días y el paquete no llegaba.Hasta que un día alguien nos comentó que había una caja recepcionada sin entregar desconociendo su contenido y ni que se hubiera realizado la apertura ni se habia visualizado el albarán.Y tampoco se visualizó la pegatina que indica la conservación en frío de dichos cartuchos.Estos cartuchos se han quedado inservibles para el uso y diagnósico con los pacientes,habiendo sido una carga económica,y recursos humanos y el tiempo de nuestros pacientes.

Una vez detectada la incidencia se hace un análisis para valorar la posible resolución del problema basandonos en el método espina de Isshikawa.Los factore a evaluar que influyeron fueron:la falta de comunicación entre los profesionales del equipo,no tener establecido un protocolo previo donde se especifiquen las normas a seguir tras la recepción del material,la no existencia de una persona responsable en la recepción,no tener establecido un registro de doble filtro,ni hoja de recepción consensuada,accesible y en sitio visible donde se chequeen las entradas,la falta de revisión del material y la no apertura del mismo por parte de la unidad administrativa.

RESOLUCIÓN

Se hizo una reunión con notificación previa donde cada participante expuso las propuestas de mejora donde se llegaron las siguientes conclusiones.

- Nombramiento de un responsable en cada turno para recepción de paquetes y un listado alternativo de recepción por si la persona responsable estuviera ausente.
- Hoja consensuada Check list donde se incorporan datos con :fecha y hora de entrada,persona que recoge el material,persona a la que va dirigido,día y hora de entrega con firma de ambas partes y observaciones donde se anotarán si necesita cadenadel frío,material frágil.

CONCLUSIONES

El incidente provocó una demora diagnóstica a los pacientes asi como un gasto sanitario por desechar el material,de ahí la importancia de crear un circuito para evitar posibles errores futuros. Se ha generado una norma de fácil aplicación que estimamos que no requiere un tiempo prolongado en su realización con la esperanza de realizar una buena gestión de los recursos materiales y humanos del centro y evitar asi en la demora en el diagnostico y tratamiennto de nuestro pacientes.

ID: 12832

La importancia de los sentidos

GONZALEZ-MONTAGUR GOMEZ, M TERESA [1]; MARTINEZ ALMENTA, MARINA [2]; DIEZ FLECHA, LEIRE [2]; LOPEZ LACALLE, M JOSE [2]; VERA TORRES, ANGELA [2]; PATILLO, JULISSA [2]

CS ARTILLEROS, [2] ARTILLEROS

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

Paciente de 66 años ,DM tipo 2,en seguimiento en consultas de endocrinología,con grave alteracion visual(retinopatia diabética),que la limita para sus actividades de la vida diaria.

Ha precisado ingresos repetidos por hiperglucemia mayor de 400.Acude a consulta médica para valoración de perfiles con tendencia a la hipoglucemia.En cosulta presenta glucemia de 60 postprandial,despues de haber recibido 4 unidades de Insulina rapida antes de la comida,presenta sudoración y sin otra sintomatología asociado a hipoglucemia.

Tras repetido aportes de hidratos de acarbono de absorción rápida ,las glucemias no remontan sino¡i que van disminuyendo llegando a 22 mg/dl.Se procede a reposición de glucosa intravenosa ,remontando la glucemia y se decide derivación a urgencias hospitalarias.

Repasando el informe de urgencias con la paciente ,observamos que se está cometiendo un error en la administracion de la insulina rápida.Se autoadministra insulina rápida sin tener en consideración la pauto de corrección.

ANALISIS

Una vez detectado el error de administración de medicación,teniendo en consideración las potenciales consecuencias graves que se podrían haber producido si no se llevan a vcabo las medidas correctoras.Analiamos las posibles causas utilizando para ello el diagrama de espina de ISHIKWA .

Los factores que han contribuido han sido la falta de tiempo en la explicación del informe de alta ,por parte del personal sanitario ,sin tener en consideración la grave alteración visual del paciente que le impide la loectura del paciente,asi como la falta de valoracion integral y social por parte de los profesionales de salud

Hicimos una reunión donde tras un BRAINSTORNING donde se espusieron desde atención primaria las siguientes soluciones

Realizar contacto telefónico alos pacientes tras alta de urgencias para comprobacion de la adherencia correcta al tratamiento farmacologico

Citar en consulta de enfermería tras alta ,a los pacientes con limitaciones sensoriales ,fragiles para comprobació del tratamiento

La paciente sea conocedora de distintos dispositivo de insulina,(tacto,tamaño y color.)

CONCLUSIONES

Los errores de medicación tienen alta prevalencia,supone un alto riesgo para la salud de nuestros pacientes.Considerando que invirtiendo tiempo en la explicación y comprobación de la asimilación de la información medica por parte del paciente disminuiria la prevalencia de complicaciones relacionado con los errore de administración farmacologica.

ID: 12844

LA COMUNICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GRAVES Y ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA PRIORIDAD Y UN RETO

Alcázar González, Maria Luisa [1]; Cañada Dorado, Asunción [1]; Conejos Miquel, Maria Dolores [1]; Pérez Hernández, Ana Isabel [2]; Mediavilla Herrera, Inmaculada [1]

Gerencia Asistencial de Atención Primaria, [2] Centro de Salud de Torrelodones

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

DESCRIPCIÓN

Cuando se produce un evento adverso que ha dañado gravemente a un paciente durante la atención sanitaria, se hace necesario informar de ello al paciente y a sus familiares; además en estos casos los profesionales implicados pueden sufrir emocionalmente un malestar intenso que incluye síntomas psicosociales y físicos, pasando a ser considerados como segundas víctimas (SV)

ANÁLISIS

En la actualidad las Políticas Sanitarias se inclinan por promover la comunicación abierta a pacientes y familiares cuando se produce un evento adverso grave (EAG) y gestionar las situaciones que ocurren durante la atención sanitaria, pero la comunicación de dichos EAG no es habitual en la práctica clínica, y entre los motivos están: la falta de cultura en seguridad y el desconocimiento de cómo llevar a cabo este proceso. La actuación institucional en las primeras horas tras un EAG es determinante, tanto para atenuar el daño en el paciente, como para el restablecimiento psicológico de los profesionales implicados y la comunicación abierta de lo sucedido a los pacientes y familiares, por lo que se hace necesario la elaboración de una Guía de actuación

PROPUESTAS MEJORA

En el 2020 en la Gerencia Asistencial de una Comunidad Autónoma se elaboró una guía centrada en Atención Primaria (AP), con el objetivo de establecer recomendaciones a los profesionales de cómo actuar en situaciones en las que durante la asistencia sanitaria se produzca un daño grave en un paciente, así como establecer un procedimiento de atención a las SV. La guía no se pudo difundir hasta el 2022 debido a la Pandemia

RESULTADOS

Para la elaboración de la guía se contó con un equipo multidisciplinar, que se constituyó en el "Equipo de Gestión de Eventos Adversos Graves de la Gerencia (EGEAG)", con las funciones de custodiar la información referente a los EAG y hacer seguimiento de las medidas implantadas tras el análisis, así como de la atención prestada a las SV

La guía consta de varios procedimientos: cómo actuar cuando se produce un EAG, la atención a las SV, el procedimiento de comunicación a los pacientes y familiares; así como el de registro y archivo de la documentación recibida por el EGEAG. La Guía ha sido difundida a los responsables de Seguridad del Paciente (SP), Directivos de la Gerencia y al resto de profesionales de los centros de salud. Para facilitar su implantación, desde el año 2021 se realiza formación a los profesionales mediante cursos específicos; en la actualidad se han formado más de 100 profesionales en habilidades de comunicación con pacientes y familiares, en dar apoyo a los profesionales implicados en un EAG y en cómo gestionar situaciones en las que se produce un EAG; también se han impartido sesiones a los responsables de SP y equipos directivos. La guía está disponible en la intranet de AP. En la actualidad se está implantando en los centros la figura del responsable de atención a SV, con el objetivo de dar apoyo emocional a sus compañeros implicados en un EAG

ID: 12845

"EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: HIGIENE DE MANOS"

BLÁZQUEZ BLÁZQUEZ, BALTASARA [1]; PÉREZ MAÍLLO, Mª YOLANDA [1]; RATERO CASTILLA, Mª AGUSTINA [1]; REFOYO ENRÍQUEZ, ANTONIA [1]; DE LA CALLE CABRERA, Mª TERESA [2]; SÁNCHEZ MARTÍN, JOSÉ MARÍA [1]

[1] CENTRO DE SALUD DE TAMAMES, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Tipo de comunicación: Originales/Estudios sobre la seguridad del paciente

Área temática: Seguridad del paciente en los cuidados

Palabras clave: Higiene de manos, intervención comunitaria, evaluación

INTRODUCCIÓN

La práctica de la Higiene de Manos (HM) tiene importancia más allá del ámbito estrictamente sanitario, especialmente en los entornos residenciales en los que se presta cuidados a personas mayores, frágiles, dependientes o con discapacidad. En ellos, el riesgo de transmisión de infecciones es elevado y la HM es la medida principal de prevención y control de dichas infecciones.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre la HM en la comunidad, para mejorar el cumplimiento de la técnica y momentos de la HM como estrategia en la prevención de las enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después.

Población: trabajadoras de ayuda a domicilio, de una residencia de mayores y de un centro de discapacitados de la ZBS. Intervenciones:

La intervención consistió en la realización de 3 talleres formativos en los que se facilitó información sobre la importancia de la HM, los momentos en los que se debe practicar y la técnica de realización. Se completó con la práctica de higiene de manos con productos de base alcohólica y la técnica de lavado con agua y jabón.

La eficacia de la intervención se evaluó mediante una encuesta personalizada de 10 preguntas abiertas, en la que se valora la percepción de la importancia de la HM, la utilización de guantes y posibles acciones de mejora en su ejercicio profesional sobre la HM. El cuestionario se aplicó antes y después de la intervención.

RESULTADOS

Acudieron a los talleres 18 personas, el 27,27% del total de trabajadoras y respondieron al cuestionario el 100% de las participantes.

La percepción de la importancia de la HM se incrementa del 88,9% al 100%. La mayoría considera que lavarse es igual que desinfectarse, incrementándose del 22,2% al 61,1%, Mejor desinfección disminuye del 27,8% al 11,1%. El 44,4% practican lavado de manos con agua y jabón, mientras que el 56,6% también utilizan PBA.

El conocimiento de alguno de los momentos en los que se debe aplicar la HM pasa del 38,9% al 55,6%. La realización de la técnica ha mejorado en algún aspecto en el 44,4%.

La consideración de que los guantes no sustituyen a la HM se incrementa del 88,9% al 100%. La percepción de realizar una correcta práctica de la HM se incrementa del 44,4% al 66,7%.

La actividad formativa fué satisfactoria para el 94,4% de las participantes.

El 50% de las trabajadoras de la residencia consideraron importante la HM y el 75% creían que realizaban una buena práctica(100% y del 62,5%, en el resto de participantes).

CONCLUSIONES

El taller de HM ha tenido un impacto parcialmente positivo, logrando aumentar los conocimientos y habilidades sobre HM en las participantes en los distintos escenarios de la comunidad. El impacto positivo y el interés fue mayor en los escenarios con mayor nivel sobre HM y menor en aquellos con más bajo nivel.

Es muy importante seguir fortaleciendo y promoviendo la práctica de la HM en la comunidad.

ID: 12852

La polimedicación, el enemigo del anciano pluripatológico.

Antúnez Hernández, Carolina
Centro de Salud

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria
Palabras clave: Polimedicación, pluripatología, continuidad asistencial, Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN

Varón de 75 años que vive solo en el domicilio y que sufre disnea moderada, avisando al PAC. Hace 10 días que recibió el alta hospitalaria por una infección respiratoria. Salen hacia el domicilio el equipo de urgencias.

Antecedentes: EPOC con oxígeno 24h. DM tipo 2 insulinodependiente con amputación de MID. HTA. ERC.

El paciente no presenta apoyo familiar y consigue moverse por el domicilio con dos muletas, aunque dispone de una silla eléctrica que le permite desplazarse por el pueblo. En el domicilio, se observa una acumulación de objetos, reduciendo el espacio y dificultando el traslado por el mismo. Por otra parte, se observa que en la mesa de la cocina hay multitud de cajas de medicamentos, entre ellos: 7 cajas de paracetamol, 3 de amlodipino, 5 de lorazepam, 2 cajas de insulina toujeo, y varios bolígrafos de insulina novorapid, así como diferentes tipos de antibióticos.

El paciente no presenta deterioro cognitivo y su discurso es claro y coherente. Comenta que maneja su medicación según tiene anotado en su libreta, la cual no coincide con las pautas prescritas en su HC. Se le comunica que se está tomando la medicación de manera errónea y contesta de manera agresiva: "me la estoy tomando bien, ¿qué creéis que por ser mayor no sé lo que hago?"

Tras una anamnesis se decide su derivación al hospital. La realización de técnicas llevadas a cabo en el domicilio se ven dificultadas por la falta de espacio y la no colaboración del paciente.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

Paciente: carácter autoritario que dificulta la asistencia sanitaria prestada, no dejando opción al diálogo para llegar a un acuerdo terapéutico.

Formación: Supervisión periódica del tratamiento del paciente polimedicado por parte del equipo de Atención Primaria, valorando la necesidad, efectividad, adecuación y seguridad de estos.

Individuo: El equipo de Atención Primaria no realiza una continuidad asistencial al paciente tras el alta hospitalaria.

Ambiente: domicilio no apto para las necesidades del paciente con riesgo de caídas. Riesgo que se ve agravado por la mala adherencia al tratamiento

Equipo de trabajo: falta de coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales que atendieron al paciente. Además el equipo de Atención Primaria no realizó ninguna visita domiciliaria

Condiciones de trabajo: la falta de espacio en el domicilio dificulta la asistencia sanitaria prestada

MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA

Traslado al hospital para solventar un problema de salud físico puntual

Contacto con el personal del consultorio médico para comentar la situación del paciente: la mala adherencia al tratamiento y el riesgo social que presenta

Derivación del caso al Trabajador Social

CONCLUSIONES:

El equipo de Atención Primaria es aquel que mejor conocen a sus pacientes, su entorno, sus redes de apoyo... por lo tanto, esto debería facilitar la revisión periódica de la polifarmacia y la propia desprescripción. Para ello se debe fomentar la continuidad asistencial y hacer hincapié en las visitas domiciliarias.

Referencias

1 Santos Pérez MI. Predictores de polimedicación, uso de medicamentos potencialmente inapropiados y fármacos psicotrópicos en ancianos. ESDUVA. 2020.

2 Abordando el reto de la polimedicación en ancianos: algo más que desprescribir. Reflexiones a partir del "Estudio PYCAF". Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Elsevier SLU. 2019; 45(8): 507-509.

3 Llamas del Castillo MD. Polimedicación y deprescripción: recomendaciones prácticas. Boletín Terapéutico Andaluz. CADIME. 2021; 36(1).

ID: 12854

La revisión del material salva vidas.

Antúnez Hernández, Carolina
Centro de Salud

Tipo de comunicación: Casos que enseñan
Área temática: Gestión de riesgos e incidentes relacionados con la atención sanitaria
Palabras clave: Material sanitario, urgencia, Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 84 años, con DM tipo 2 insulinodependiente, que se encuentra sola en el domicilio y que llama al PAC porque se encuentra mareada y sudorosa desde hace más de una hora y que, tras realizarse una glucemia, presenta un resultado de 24mg/dl. El equipo sanitario de urgencias salen de inmediato al domicilio (a 15km) con todo el material necesario. Además, se recuerdan unos a otros que deben coger el glucagón , acto del cual se encarga la enfermera. A la llegada al domicilio observan que la mujer permanece consciente, con síntomas compatibles con una hipoglucemia. En ese momento, la glucemia es de 21mg/dl. A pesar de que la paciente está consciente se valora que la mejor indicación terapéutica es la administración de glucagón. Pero, para la sorpresa de todos, descubren que la caja que habían cogido estaba vacía. Para solventar esta situación se decide canalizar una VVP y la administración de glucosmon IV. Esta técnica se ve dificultada ante la imposibilidad de canalizar una vía debido a las venas tortuosas que presentaba la mujer, por lo que, finalmente, se decide revertir dicha hipoglucemia ofreciéndole glucosmón VO más la toma de azúcar blanco bajo la lengua. Tras 40 min de espera, la glucemia es de 30mg/dl. En ese momento llega al domicilio un hijo, el cual vive con ella. El médico le comenta la situación que presenta su madre. Llegó a un acuerdo con él, el hijo iría a la farmacia (la única que hay en el pueblo y que estaba a punto de cerrar) para que pidiese un glucagón y que más tarde le haría la receta médica; con la suerte de que, la farmacéutica se lo dispensó, ya que conocía a esta familia desde hace muchos años

ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ

Paciente: la edad de la paciente posiblemente interfiere con la identificación precoz de los síntomas compatibles con una hipoglucemia

Formación: revisión de todo el material fungible y medicación de la que se dispone en la sala de urgencias cada vez que un equipo sanitario comienza la guardia, evitando así errores de falta de material, administración de fármacos caducados...

Individuo: la enfermera debería haber comprobado que el vial de glucagón se encontraba dentro de la caja, sin dar por hecho que así sería

Ambiente: que la paciente conociese a la farmacéutica del pueblo fue primordial para conseguir la medicación sin receta médica previa

Condiciones de trabajo: se produce una situación estresante entre los miembros del equipo al comprobar que el vial no venía en la caja y de que han cometido un error que puede perjudicar al paciente

Medida:

Protocolo de revisión de material

CONCLUSIONES:

Es fundamental que el material y los fármacos necesarios para lleva a cabo una asistencia sanitaria se encuentren ordenados y revisados. Se recomienda que esta revisión se haga a diario y que participen todos los profesionales. Con ello, se conseguiría que todos los miembros del equipo se familiaricen con los recursos disponibles, accediendo a ellos con mayor rapidez y asegurando la seguridad del paciente

Referencias

1 Fernández Badía I, Moreno Arjol I, Vargas Escuer ME, Fernández Álvarez A, Embid Sáez G, Cantín Barrera R. La importancia de una buena organización y revisión del material de urgencias en Atención Primaria. Rev RSI. 2021.

ID: 12870

Aprende y enseña a salvar una vida con tus manos: Reanimación cardiopulmonar a nivel comunitario.

PEREZ GOMEZ, MARTA [1]; VEIGA DIAZ, MARIA [2]; BAZA BUENO, MIKEL [3]; TOTORIKA ARANBARRI, ARAITZ [4]; VALLEJO DE LA HOZ, GORKA [5]; BALLESTEROS PEÑA, SENDOA [6]

[1] CENTRO DE SALUD ARRIGORRIAGA, [2] CENTRO DE SALUD ARRIGORRIAGA, [3] UAP ARRIGORRIAGA, [4] CENTRO DE SALUD DE LA PEÑA, [5] CC.EE NEUMOLOGÍA - HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO, [6] HOSPITAL DE SANTA MARINA

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

A pesar de los esfuerzos estratégicos invertidos en las últimas décadas por los sistemas de emergencias médicas, más del 80% de los pacientes que sufren una parada cardio respiratoria extra hospitalaria (PCR-EH) mueren antes de llegar al hospital. El mejor tratamiento de las personas que padecen una PCR-EH es la aplicación precoz de un conjunto de acciones sucesivas y coordinadas, denominada cadena de supervivencia.

Las probabilidades de sobrevivir tras una PCR-EH dependen de múltiples factores: una RCP de calidad practicada por testigos antes de la llegada del servicio de emergencias puede llegar a doblar la supervivencia a los 30 días, y la desfibrilación precoz es la intervención que, con independencia de otros factores, más puede influir en el pronóstico de la PCR-EH por arritmias ventriculares.

OBJETIVO PRINCIPAL

Fomentar la educación y entrenamiento en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en la población del municipio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar una actividad de educación sanitaria en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad.
- Sensibilizar sobre la importancia de la RCP en el municipio
- Identificar y formar en RCP a agentes referentes de la comunidad
- Empoderar a estos agentes clave como educadores de su comunidad en esta área de conocimiento
- Realizar sesiones de formación en cascada en diferentes áreas y ámbitos del municipio

METODOLOGIA A APLICAR

Definición del grupo promotor, enfermeras del Centro de Salud, que se encargará de la formación a los/as agentes referentes comunitarios y apoyo continuo en la formación en cascada.

Identificación de la población diana que recibirá la formación en RCP básica:

Agentes referentes de los diferentes ámbitos del municipio: instituto, escuela, asociaciones culturales, clubs deportivos, estación de tren, ayuntamiento, polideportivo, policia municipal … Las/os participantes tienen que mostrar compromiso para participar en las sesiones de formación, y para trasladar lo aprendido a las personas del colectivo o ámbito de las que son referentes (formación en cascada).

Población general: personas pertenecientes a los diferentes ámbitos municipales que recibirán formación por parte de las/os referentes del municipio.

Elaboración y actualización del mapa de DEAs del municipio. Identificarlos, editarlo y tenerlo disponible, junto con los demás materiales, para las sesiones formativas.

Realización de las sesiones formativas.

RESULTADOS ESPERABLES

Tener formadas y entrenadas en RCP y manejo del DEA al mayor número posible de personas del municipio, involucrando a los agentes comunitarios y red ciudadana local.

Mejorar la asistencia temprana y supervivencia de personas que sufren una PCR-EH.

ID: 12871

VIRAJE URINARIO, LA COLORACION IMPORTA.

Encinas Gonzalez, Angelica; Martínez Martin, Esther; Fernandez de Alarcon, Iciar; Paredes Garrido, juana; De Miguel Vicenti, Maria; Garro Palancar, M Angeles

C.S Entrevias

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Acuden a consulta diferentes pacientes por síntomas urinarios, se realiza tira de orina para descartar ITU, en una de las ocasiones que se realiza el análisis de orina, se puede observar como antes de poner en contacto la tira de orina con la muestra, hay uno de los reactivos analíticos en los que se ha producido un viraje en el test que marca los leucocitos, provocando así que cuando esta entre en contacto con la muestra, se vire más dando como resultado leucocitos positivos en la tira, ocasionando un falso positivo y la posterior prescripción de medicación antibiótica innecesaria.

ANÁLISIS REALIZADO:

Una vez detectado el problema se puedo observar cómo se había producido un viraje en algunos de los test que marca la tira de, en este caso se pudo comprobar que solo habían virado los leucocitos provocando así falsos positivos y la correspondiente pauta de tratamiento antibiótico innecesaria que eso conlleva.

Se pudo verificar que sucedía en distintos botes de los test de orina, observamos que esos botes coincidían que estaban próximos a las ventanas, por lo que nos hizo pensar que la luz o las temperaturas extremas podían afectar a la conservación.

Se notificó la incidencia de seguridad del caso.

En esta situación no se pudo averiguar los pacientes que habían sido afectados por estos falsos positivos ni los daños ocasionados.

CONCLUSIÓN Y APRENDIZAJE:

Los errores en el manejo de material en nuestro ámbito no es algo infrecuente, por eso la importancia de mantener una buena conservación de los materiales que tenemos en las consultas, comprobando antes de realizar cualquier tipo de análisis en este caso muestras de orina, que toda la tira esta de color neutro para que al entrar en contacto con la orina estas viren como deben hacerlos sin crear falsos positivos.

Es obligación de todos los profesionales, mantener una conservación adecuada del material que se utiliza a diario.

ID: 12872

Las apariencias "Engañan"

Paredes Garrido, Juana; Martinez Martin, Esther; Encinas Gonzalez, Angelica; Garrido Palancar, M Angeles; Fernandez de Alarcon, Iciar; De Miguel Vicenti, Maria

C.S Entrevias

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Formación, cultura de seguridad y gestión organizativa

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 80 años que acude a consulta para la administración de la 1ª dosis de la Vacuna de Herpes Zoster, la enfermera revisa que le corresponde dicha vacuna ya que entra dentro del rango de edad establecido por el Calendario para toda la Vida de la CCAA de Madrid.

La enfermera va a por la vacuna que se encuentra guardada en la nevera de una sala distinta a las consultas de enfermería. Esta vacuna viene en una presentación de multidosis de 10 viales de disolvente con un tapón verde y 10 viales de soluto con tapón marrón. La enfermera procede a coger la vacuna pero únicamente coge el vial del disolvente, por lo que el paciente no es vacunado de forma correcta.

En el siguiente turno una enfermera se dispone a poner una dosis de vacuna de herpes zoster y se da cuenta de que hay un vial de soluto de más, por lo que lo pone en conocimiento de la responsable de vacunas y se revisan las vacunaciones realizadas en el día y se puede detectar el paciente mal vacunado, al cual se llama y se le explica que ha habido un error en la administración de la vacuna, citandole nuevamente para realizar una vacunación correcta.

El caso es notificado como incidente de seguridad.

ANALISIS DEL CASO

Cuando comenzamos con la vacunación del Herpes Zoster en el Calendario para toda la Vida de la Comunidad de Madrid y recibimos el primer pedido ya advertimos de que la presentación de las vacunas podía llevar a error en la administración, puesto que en presentaciones multidosis, como la triple vírica, se ha dado el mismo fallo de forma más frecuente de lo esperado.

Una vez detectado el incidente de seguridad sin daño, dado que al paciente solo se le administra el disolvente que es inocuo, se procede a analizar las posibles causas del error, entre las que encontramos el formato de la presentación, el cual ya intuimos desde el principio que era posible que sucediese, la inexperiencia de suplentes que no tienen formación en cuanto a vacunación, la novedad de la vacuna, la sobrecarga asistencial y por lo tanto las prisas a la hora de realizar el trabajo.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Con frecuencia, mucho más de lo esperado, hay errores en la vacunación de los pacientes, errores que pueden solucionarse con una relativa facilidad y evitar efectos adversos derivados de dichos errores.

Tenemos la responsabilidad de conocer el material con el que trabajamos, en este caso vacunas, y sus diferentes presentaciones, y formas de administración para evitar errores. Tenemos la obligación de revisar la medicación que administramos siguiendo los pasos de los 5 correctos.

Cada vez que venga personal nuevo formarle y cuando haya novedades de medicación como son las vacunas formar a todo el equipo.

Poner cartelería en las vacunas que haya que reconstituir y prestar atención cuando vayamos a preparar cualquier medicamento.

ID: 12876

Reducir los errores en la prescripción a través de receta electrónica: participación del Farmacéutico de Atención Primaria

Pablos Mateos, Ana Isabel; Medina Bustillo, Beatriz; Solórzano Martín, Ana Rosa; Ramón García, Jimena; Usarralde Pérez, Ángela; Blázquez Valerón, Ana

Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Unidad DA Sur. SERMAS

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Error de Medicación, seguridad del paciente, receta electrónica, recomendación de seguridad

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la Comisión de Seguridad, en la que participan Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP), se notificaron en 2022 dieciséis errores de medicación (EM) relacionados con la selección inadecuada del medicamento al prescribirlo en receta electrónica (RE).

ANÁLISIS

Los FAP analizan los casos detectados hasta entonces, entre los que destacan EM que podrían deberse a que la denominación del medicamento en el Nomenclátor resulta confusa, como:

- Miconazol gel/crema. Se pauta la presentación en crema (aplicación cutánea) en lugar de gel (aplicación bucal) a pacientes con candidiasis oral.
- Diclofenaco dermatológico/tópico. Se pauta la presentación dermatológica (indicación queratosis actínica) en lugar de tópica (indicada para alivio local del dolor e inflamación leve/ocasional) a paciente con lumbalgia.

También se detectan EM de selección de la concentración adecuada, especialmente sensibles en el caso de mórficos, como:

- Oramorph® (sulfato de morfina) 20 mg/ml y 2 mg/ml. S e pauta la presentación de 20mg/ml en lugar de la de 2mg/ml.

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Tras el análisis, los FAP proponen a la Comisión de Seguridad, como acciones de mejora:

La elaboración de recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios, para facilitar la selección de la presentación adecuada del medicamento a prescribir en RE.

La comunicación al área gestora de RE, incluyendo las posibles medidas correctoras, cuando se detecta que el EM podría deberse a que la denominación del medicamento en el Nomenclátor puede resultar confusa.

La Comisión de Seguridad elabora una recomendación de seguridad sobre la selección en MUP de la presentación adecuada del medicamento, que se difunde a todos los centros de salud (CS), para tratar de evitar que se repitan EM de prescripción.

En ella se incluyen ejemplos de EM comunicados y consejos para seleccionar correctamente la dosis, vía, contenido/envase y forma farmacéutica.

Los FAP comunican al área gestora de RE los EM asociados a Nomenclátor y, en aquellos casos en los que se acepta la propuesta de cambio de denominación del medicamento, se comunica al profesional notificador la medida correctora aplicada.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Tras su publicación en junio de 2022, el número de EM relacionados con la elección del medicamento en RE durante ese año disminuye en un 66,66 % (10 EM en primer semestre vs 6 EM en el segundo semestre).

Especialmente significativo es el descenso en EM en la prescripción de Oramorph®, teniendo en cuenta el total de EM notificados entre 2018 y hasta la actualidad, disminuye de 8 EM antes de la RSG a 1 después de su difusión a los profesionales.

ID: 12895

USO SEGURO DE LOS FÁRMACOS EN URGENCIAS PEDIATRICAS DE ATENCION PRIMARIA

FUENTES RODRIGUEZ, ELENA [1]; GRECIANO GRECIANO, VIRGINIA [2]; LARA GARCÍA-ESCRIBANO, SUSANA [3]; LINDO TORRES, ANGEL LUIS [4]; PEREZ HERNANDEZ, ANA ISABEL [5]; IZQUIERDO PALOMARES, JOSE MANUEL [6]

UNIDAD DE FARMACIA-DIRECCION ASISTENCIAL CENTRO, [2] UNIDAD DE FARMACIA-DIRECCION ASISTENCIAL ESTE, [3] UNIDAD DE GESTIÓN-SERVICIO DE FARMACIA AP, [4] SAR GALAPAGAR, [5] CENTRO DE SALUD TORRELODONES, [6] SERVCIO DE FARMACIA AP

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Fármacos Urgencias Pediatría

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Proporcionar una atención segura y urgente en atención primaria (AP) es fundamental. Los errores de medicación en pediatría son potencialmente más peligrosos y se relacionan frecuentemente con la dosis y presentación del medicamento seleccionada. El rango de edad pediátrica es amplio y es necesario realizar cálculos posológicos según edad o peso, añadiendo un riesgo a una situación de estrés.

ANÁLISIS

Tras la comunicación a un grupo de seguridad de un área de varios errores sucedidos en pediatría, surge la necesidad de elaborar un documento sencillo, de dos hojas por una cara máximo, visual, que recogiera los fármacos necesarios para tratar las patologías urgentes pediátricas más frecuentes en AP, la posología y las precauciones más relevantes a tener en cuenta, basado en guías de práctica clínica, que pudiera consultarse en un momento de urgencia. Propuestas de mejora y planes de acción: Se redactó un borrador inicial por una pediatra y una farmacéutica de atención primaria (FAP) del grupo de seguridad. El borrador se remitió a la comisión técnica de AP encargada de garantizar que se dispone de medicación necesaria y se utiliza de manera adecuada en los centros. Se creó un subgrupo de trabajo multidisciplinar formado por FAP, pediatra y médico de familia. Se revisó bibliografía, se comprobó si los fármacos necesarios estaban disponibles en el catálogo y si había discrepancias en la posología recomendada en la guía de utilización de medicamentos de AP. Una vez consensuado el contenido del documento, se revisó por el pleno de la comisión y se informó al grupo de seguridad.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

El documento recoge en tablas los fármacos a emplear en las siguientes situaciones urgentes: anafilaxia/shock anafiláctico, urticaria/angioedema, urgencias respiratorias, fiebre/analgesia, parada cardiorrespiratoria y ritmos periparada, crisis epilépticas, hipoglucemia y sepsis. Incluyen denominación por principio activo, presentación disponible en el botiquín, posología, opciones de cálculo rápido y observaciones a tener en cuenta si es preciso.

Gracias a la revisión se ha sustituido midazolam 5 mg/5 ml ampolla por midazolam 15 mg/5 ml, para administración bucal en crisis epilépticas, disminuyendo así el volumen a administrar minimizando el riesgo de aspiración o pérdida. Se ha elaborado una nota de seguridad para todos los centros con el fin de evitar confusiones entre ambas ampollas. También se ha sustituido fenitoína ampollas, medicamento peligroso, por levetiracetam vial como fármaco antiepiléptico de segunda línea, y se ha sustituido suero glucosado 50%, no recomendado en pediatría por el riesgo de hiperglucemia en caso de error en el volumen administrado, por suero glucosado 10%.

El documento se ha difundido a todos los centros de AP para su disposición en la sala de urgencias, está disponible en el espacio de publicaciones farmacoterapéuticas en la intranet y ha tenido muy buena acogida entre los profesionales.

ID: 12897

¿ES TUYA O ES MIA?

Garro Palancar, María de los Angeles [1]; Martinez Martín, Esther [2]; Encinas Gonzalez, Angelica [3]; Paredes Garrido, Juana [3]; De Miguel Vicenti, Maria [3]

Centro de Salud Entrevias, [2] Centro de salud entrevias, [3] Centro de salud Entrevias

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: Error medicación, polimedicado, equipo multidisciplinar.

DESCRIPCION DEL CASO

Varón de 78 años plripatológico y polimedicado, en seguimiento en nuestra consulta por sus enfermedades crónicas, entre ellas diabetes Mellitus, HTA, IAM y Fibrilacion Auricular en tratamiento con Sintrom. Usa un pastillero semanal para facilitar la toma de medicación, igual que su esposa y que les prepara su familia. Se realiza un seguimiento estrecho por tendencia a la hipotensión pese a redurcir tratamiento antihipertensivo hasta eliminarlo. Al mantener esa tendencia se detecta que el paciente se ha empezado a tomar la medicación de su esposa, en los que se incluyen hipotensores, antivertiginosos, antidiabeticos, hipnóticos, pioides entro otros. En los días posteriores, sufre una caida casual con resultado de fractura de cadera. Desde el momento de la detección se vuelve a explicar y revisar el tratamiento y se facilitan pastilleros de diferente color para cada uno a modo de facilitar el reconocimiento.

ANALISIS REALIZADO

Tras detectar el error de medicación por parte del paciente en su domicilio, analizamos las posibles causas utilizando una espina de Ishikawa. Creemos que pudo estar relacionado con la pluripatología y polimedicación del paciente, la falta de conocimientos, así como la edad del paciente y tener dos pastilleros iguales para distintas personas en el mismo espacio. El error su produjo en el domicilio y produjo daño.

CONCLUSIONES

Los errores de medicación pueden prosucir importantes consecuencias en los pacientes por eso es importante detectarlos a tiempo e intentar evitarlos. El programa de atención al paciente polimedicado y seguimiento, así como la revisión del tratmiento, se hace imprescindible para evitar errores en la toma de medicamentos por parte de los pacientes. Explicar correctamente los tratamientos y asegurarnos que la persona ha comprendido la información. REvisar los botiquines de medicación en nuestras visitas domiciliarias puede ayudar a detectar posibles errores. Queremos poner en valor la importancia del trabajo del equipo multidisciplinar en el abordaje del paciente para un correcto seguimiento del paciente que evitaría tantos errores de medicación y sus consecuencias.

ID: 12899

Rondas de Seguridad en los Centros de Salud, contribución del Farmacéutico de Atención Primaria

Pablos Mateos, Ana Isabel [1]; Medina Bustillo, Beatriz [1]; Martínez Patiño, María Dolores [2]; Ballarín González, Ana [3]; García Ferradal, María Inmaculada [3]; Vítores Picón, Paz [3]

[1] Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Unidad DA Sur. SERMAS, [2] Área de Procesos y Calidad. SERMAS, [3] Dirección Asistencial Sur. SERMAS

Tipo de comunicación: Experiencias para la mejora de la seguridad del paciente

Área temática: Uso seguro de la medicación

Palabras clave: ronda de seguridad, farmacéutico de Atención Primaria, gestión medicamentos, productos sanitarios

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante las Rondas de Seguridad(RS) realizadas en los Centros de Salud, el farmacéutico de Atención Primaria(-FAP) puede detectar puntos de mejora en la gestión de la medicación y productos sanitarios(PS).

ANÁLISIS

Se analizan las incidencias identificadas mediante checklist en las 10RS realizadas en 2022, en relación con el control y mantenimiento de medicamentos y PS disponibles en el Centro.

Se detectan 56 incidencias:

- 13%Jeringas precargadas adrenalina no almacenadas junto a agujas necesarias para administración 13%No registro semanal de revisión del carro de parada y/o carro no precintado
- 11%No revisiones mensuales de conservación, identificación, colocación y caducidad de medicación del botiquín y maletín de urgencias
- 11%Administración de los extractos hiposensibilizantes no se realiza en sala con material y medicación necesarios 9%Vacunas que hay que reconstituir no etiquetadas con rótulo que advierte de ello.
- 7%Vacunas que no se pueden administrar a personas embarazadas/ inmunodeprimidas no etiquetadas con rótulo que advierte de ello
- 7%Sueros abiertos sin fecha de apertura
- 5%No colocados carteles Pasos para una vacunación segura y Registrar antes de vacunar en puntos de administración de vacunas
- 5%Gráfica con registro diario de temperatura máximas/mínimas no cumplimentada en expositores de vacunas.
- 5%No disponible en sala de urgencias Guía de utilización de medicamentos del catálogo de Atención Primaria
- 4%No descarga de data-logger semanal, tras festivos y/o ante incidencia de rotura de cadena del frío de expositores de vacunas
- 4%Vacunación a embarazadas no la realiza la matrona 4%Antisépticos abiertos sin fecha de caducidad
- 2%No revisión mensual de maletín de urgencias y/o registro de fecha de revisión y fecha de caducidad más próxima
- 2%No revisión trimestral de carro de parada y dotación del botiquín.

Cabe destacar que las incidencias relacionadas con inmunización/vacunas son las más numerosas:16(29%).

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Siempre se intenta solucionar la incidencia al detectarla. Cuando no es posible, se ofrecen propuestas de mejora, reflejadas en un acta en el que se asigna a un responsable.

Además, se detectan áreas de mejora nuevas con las que se actualizan los checklist de revisión. En 2022 se incluyeron 4 ítems:

- Revisión semanal del funcionamiento del desfibrilador y materiales del carro de parada (laringoscopio, etc.)
- Listado de medicamentos del carro de parada situado en lugar visible y próximo o dentro del carro
- Listado de principios activos disponibles en el botiquín en lugar visible cercano al botiquín, con identificación de medicamentos fotosensibles y termolábiles

- Botiquín del centro dispone de 2-3 kits de uretritis (1g Azitromicina oral y Ceftriaxona 500mg intramuscular)

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Incidencias detectadas y resueltas durante la RS:34(61%).

Incidencias en las que FAP envía documentación necesaria para corregirlas:17(30%). Incidencias pendientes de resolver por profesional asignado:5(9%).

ID: 12906

Manejo multidisciplinar de las lactancias complicadas

Ciriza Barea, Edurne [1]; Burgos Crespo, Olga [2]; Bustince Beorlegui, Presentación [3]; Aguerre Irigoyen, Arantxa [4]; Urabayen Alberdi, Raquel [5]; Baigorria Feltrin, Fernando Nicolas [2]

[1] Centro de Salud Ansoain, [2] Hospital Universitario de Navarra, [3] Servicio de Apoyo a la Gestión de Atención Primaria, [4] Centro de Salud Santesteban, [5] Centro de Salud Berriozar

Tipo de comunicación: Proyectos de mejora sobre seguridad del paciente

Área temática: Otros

Palabras clave: lactancia materna, manejo multidisciplinar, atención primaria, coordinación interniveles, unidad especializada en lactancia, consulta de lactancia materna

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La atención sanitaria a la lactancia debe ser multidisciplinar desde el hospital y continuar en atención primaria de forma coordinada entre matrona, enfermera de pediatría y pediatra. Sería aconsejable disponer de un equipo multidisciplinar de profesionales con formación especializada que actúen como referente y den respuestas, continuidad y apoyo a familias y profesionales en el camino de conseguir una lactancia satisfactoria para todos.

ANÁLISIS

Las bajas tasas de lactancia materna (LM) son un problema de salud pública al ser causa de morbi-mortalidad materno- infantil y generar costes sanitarios nada despreciables. Se ha estimado que si el 90% de las madres amamantaran a sus hijos durante 6 meses se podría prevenir 721 muertes infantiles y 2619 maternas en EEUU. Se estima un ahorro de 51.255.769 €/año en el Sistema Sanitario Español si se aumentaran al 50% la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses.

En España la mayoría de mujeres eligen amamantar a sus recién nacidos tras el parto, pero menos del 30% consigue llegar a los 6 meses. El 60% de las madres que abandonan la LM lo hacen antes de lo deseado, principalmente por dificultades como: dolor al amamantar, grietas, mastitis, hipogalactia, ingurgitación u obstrucciones, escasa ganancia ponderal del bebé, cólicos, regurgitaciones, atragantamientos,... en relación con problemas que son potencialmente solucionables si son bien diagnosticados, tratados y acompañados.

Desde 2017 se ha consensuado en España una Guía de Práctica Clínica sobre LM que recomienda impulsar la creación de Unidades de LM en cada región.

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Proponemos un sistema de atención que asegure esta coordinación multidisciplinar desde el primer momento y que se continúe en atención primaria favoreciendo la atención integral a la díada madre-lactante de forma global y continuada. Asimismo, creemos necesaria la habilitación de un recurso específico de atención a LM complicadas que sea multidisciplinar, cercano y accesible, y desarrollar un sistema de derivación/supervisión que permita a los profesionales consultar sus dudas y derivar cuando precisen. Esta Unidad de Lactancia (ULM) sería un referente, no solo para la atención de casos complicados sino también para crear protocolos de actuación adaptados a las evidencias actuales, investigar, coordinar la formación en LM de profesionales, acreditación IHAN y difundir novedades, evidencias y avances conseguidos.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Se espera conseguir un aumento de las tasas de LM y su duración, mejorar la satisfacción de los profesionales y usuarios y conseguir la acreditación IHAN en hospital y atención primaria.

Utilizaremos los siguientes indicadores:

- **impacto**: tasa de LM exclusiva a los 6 meses
- **satisfacción**: Encuesta a profesionales y familias
- **proceso**: nº consultas (primeras/sucesivas)
- **formación**: % profesionales formados/año, nº MIR/EIR rotantes en ULM, nº cursos impartidos

Referencias

1 https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/infant-health-research/

2 Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna

3 Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna Evidencia científica. FAME.

https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf

4 SEMFyC : GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD UNIDAD 1. Prevención y promoción de la salud 4 Última revisión: Noviembre 2005 1.3. Consejos para la lactancia materna. https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/07/01_03.pdf

5 The Lancet. Serie sobre Lactancia Materna, 2016.

http://www.ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20(1)%20(1).pdf

6 Sankar MJ. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta- analysis. Acta Paediatrica. 2015. https://doi.org/10.1111/apa.13147

7 Cheung R. Research report March 2018 International comparisons of health and wellbeing in early childhood.

https://www.nu- eldtrust.org.uk/files/2018-03/1521031084_child-health-international-comparisons-report-web.pdf

8 Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics March 2012, 129 (3) e827-e841; DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

9 Bartick M. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. Matern Child Nutr. 2017 Jan;13(1). doi: 10.1111/mcn.12366. Epub 2016 Sep 19. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27647492

10 Santacruz E. Relacion entre el tipo de lactancia suministrada y el gasto sanitario generado. https://eprints.ucm.es/46332/1/T39562.pdf

11 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://redets.mscbs.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf

12 Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e726-32. doi:

10.1542/peds.2012-1295. Epub 2013 Feb 18. PMID: 23420922; PMCID: PMC4861949.

13 OMS: Metas globales en nutrición infantil 2025.

https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#:~:text=En%202012%2C%20la%20Asamblea%20Mundial%20de%20la%20Salud,al

%20menos%20al%2050%25%20para%20el%20a%C3%B1o%202025

14 Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, Brietzke SE, Darrow DH, Goldstein N, Levi J, Meyer AK, Parikh S, Simons JP, Wohl DL, Lambie E, Satterfield L. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 May;162(5):597-611. doi: 10.1177/0194599820915457. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32283998

15 Dixon B, Gray J, Elliot N, Shand B, Lynn A. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. Int J

Pediatr Otorhinolaryngol. 2018 Oct;113:156-163. doi: 10.1016/j.ijporl.2018.07.045. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30173975

16 Carrera Polanco M, Lorente García-Mauriño AM, Domínguez Aurrecoechea B, Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED). Prevalencia y características de la lactancia dolorosa. Estudio prospectivo multicéntrico en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:163-73

17 Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. Int Breastfeed J. 2020 May 4;15(1):34. doi:

10.1186/s13006-020-00277-w. PMID: 32366305; PMCID: PMC7197147.

ID: 12909

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS ATRIBUIBLES SOLO A LAS LISTAS DE ESPERA COMO CONSECUENCIA DE LA COVID-19

CARRELÓN PINTO, ALICIA [1]; SANCHEZ HOLGADO, JAVIER [2]; IGLESIAS MUÑOZ, MANUEL [3]; MANRIQUE OVEJERO, GUILLERMO [2]; MOLINA GALLARDO, LAURA [2]; MUÑOZ VALERA, ALMUDENA [2]

CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZOBISPO, [2] CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZOBISPO, [3] CENTRO DE SALUD PUENTE DEL ARZAOBISPO

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Identificación inequívoca, seguridad en los traspasos asitenciales, comunicación efectiva,...

Palabras clave: Necrosis de la Cabeza Femoral, Seguridad del Paciente, Atención primaria

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 65 años. HTA. Exfumador hace 4 años y consumo excesivo de alcohol. Regular cumplimiento terapéutico.

En febrero 2020 acude a consulta de Atención Primaria por aparición de lesiones papulopustulosas muy pruriginosas de predomino en miembros. Se pauta dosis corta descendente de corticoides con mejoría. Al suspender tratamiento nuevo brote. Se realiza interconsulta a Dermatología con cita en julio 2020. En abril, mayo y junio vuelve a acudir a su Centro de Salud donde es atendido por 3 médicos diferentes, se pauta de nuevo corticoides en dosis descendente.En julio, Dermatología, mediante cita telefónica, diagnóstica prúrigo vs liquen plano y pauta larga de corticoides descendentes.

En septiembre y noviembre 2020 nuevo brote con el mismo tratamiento, se realiza de nuevo interconsulta telefónica a Dermatología quien añade corticoides orales y cita en 1 semana presencial. En diciembre, nuevo empeoramiento al suspender corticoides y Dermatología pauta ciclosporina oral. En febrero 2021 no acude a revisión y no le vuelven a llamar. En marzo 2022 su médico de familia realiza nueva interconsulta a Dermatología, es atendido telefónicamente y se le cita en mayo presencialmente, donde añaden fototerapia, gabapentina e interconsulta a Reumatología para valorar posible osteoporosis, con cita en agosto 2022.

En mayo 2022 acude con bastón a su médico de cabecera por dolor lumbar y de cadera, solicita radiografía y analítica, ambas informadas como anodinas por el médico residente. En agosto 2022, Dermatología añade metrotexato y suspende gabapentina. Reumatología lo valora pero tampoco observa nada en la radiografía.

En Noviembre 2022 Reumatología describe la radiografía de cadera como borramiento sacroiliaca izquierda y cambios en cabeza femoral compatible con necrosis avascular de cadera derecha, presentes ya en mayo 2022. Se remite a Fisioterapia y Traumatología. En Diciembre 2022 Traumatología añade calcio y vitamina D y revisión. En Marzo 2023 Traumatología desestima cirugía por el momento y Reumatología no modifica tratamiento.

ANALISIS

Se presenta el caso en sesión del centro de salud y se realiza un análisis del mismo utilizando el diagrama de Ishikawa y realizando posteriormente un análisis de barreras. En ellos, se determinó que el suceso tuvo lugar en periodos álgidos de pandemia donde se dilataron mucho las consultas de atención especializada, hubo defectos en la comunicación entre niveles asistenciales y una lenta gestión de las derivaciones realizadas. Además se produjo un retraso diagnóstico y un mal cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

CONCLUSIONES/APRENDIZAJE

Se propone utilizar vías de comunicación más ágiles entre los profesionales de atención primaria y servicios de hospital, involucrar más a enfermería en el seguimiento y cumplimiento terapéutico de los pacientes y realizar actividades formativas en materia de seguridad del paciente en el área de salud para todos sus profesionales.

Referencias

1 Lespacio MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the Hip: A Primer. Perm J. 2019;23.

2 Saura-Llamas J, Lázaro-Gómez MJ, Jurado-Balbuena JJ.Seguridad del paciente en las consultas de Atención Primaria. Sesiones clínicas en APS. SEMFYC 2012.

Disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/02/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf

ID: 12914

Úlcera de Bednar en lactante como consecuencia de una aplicación errónea de la técnica dedo-jeringa

Ugarte, Leire [1]; Fernandez Forne, Lorca [1]; Azparren, Andrea [1]; Burgos Crespo, Olga [1]; Ciriza Barea, Edurne [2]

Hospital Universitario de Navarra, [2] Centro de Salud Ansoain

Tipo de comunicación: Casos que enseñan

Área temática: Participación del paciente en su seguridad

Palabras clave: lactancia materna, técnicas de suplementación, atención multidisciplinar, técnicas alimentación

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un bebé de 4 días que acude a urgencias por irritabilidad y rechazo de tomas. Ante dificultades en la lactancia y pérdida ponderal excesiva, se le había recomendado suplementar las tomas con la técnica dedo-jeringa (indicada para evitar tetinas en el momento de la alimentación, que pueden interferir en la adaptación a la lactancia materna). La bebé presentaba una úlcera en el paladar (foto). Tras el análisis de la situación, la causa más probable de la herida fué la uña del padre al realizar de forma inadecuada la técnica dedo-jeringa.

ANÁLISIS REALIZADO

Aplicando el protocolo de Londres, el equipo de pediatría de atención primaria junto con el de urgencias de pediatría y la matrona de la Unidad de Lactancia, analizamos la cronología, acciones realizadas durante el ingreso hospitalario tras el parto, en su visita a urgencias de pediatría y a su llegada a atención primaria. Identificamos los momentos críticos en los que pudo haberse transmitido mal la información y/o haber sido interpretada de forma inadecuada esa información por parte de los padres. Tampoco se comprobó el aprendizaje correcto de la técnica y su aplicación en domicilio. Analizamos también circunstancias que pudieron favorecer este error, como el alta precoz a las 24h, la elevada carga asistencial, la escasa formación de los profesionales en enseñanza de técnicas, la falta de un protocolo y de un seguimiento estrecho individualizado.

CONCLUSIONES/ APRENDIZAJE

Es necesario sistematizar la enseñanza y puesta en práctica de técnicas y actuaciones en las que son los padres o cuidadores quienes las van a tener que realizar en domicilio. Es necesario aumentar la formación en lactancia de todo el personal sanitario que atiende a madres y bebés. Ante un alta precoz es imprescindible un seguimiento estrecho en el corto plazo desde atención primaria. Es necesario mejorar las condiciones laborales del personal sanitario y posibilitar la prolongación del ingreso hospitalario ante problemas de lactancia y/o apreciar inseguridad o necesidad de aprendizaje de los padres.

Referencias

1 Nam SW, Ahn SH, Shin SM, Jeong G. Clinical features of Bednar's aphthae in infants. Korean J Pediatr. 2016 Jan;59(1):30-4. doi: 10.3345/kjp.2016.59.1.30. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26893601; PMCID: PMC4753197.

2 Nebgen S, Kasper HU, Schäfer D, Christ H, Roth B. Bednar's aphthae in neonates: incidence and associated factors. Neonatology. 2010;98(2):208-11. doi:

10.1159/000285523. Epub 2010 Mar 25. PMID: 20339307.

3 Pedra C, Terra CM, Ejzenberg B, Baldacci ER, Okay Y. Oral palatine ulcers of a traumatic nature in infants: Bednar's aphthae. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1996 Mar;35(1):39-49. doi: 10.1016/0165-5876(95)01282-6. PMID: 8882108.

4 Madurapperuma SW, Jayaweera AHHM, Jayasinghe RD. Spontaneously Regressing Neonatal Oral Aphthous Ulceration of the Palate. Case Rep Pediatr. 2021 Feb

6;2021:6660302. doi: 10.1155/2021/6660302. PMID: 33628558; PMCID: PMC7884156.

5 Fariñas Salto M, Menéndez Hernando C, Martín Molina R, Galán Gómez V, García de Pedro FJ. Recién nacido con úlcera de Bednar [Bednar's aphthae in newborn]. Arch Argent Pediatr. 2017 Feb 1;115(1):e28-e30. Spanish. doi: 10.5546/aap.2017.e28. PMID: 28097851.

6 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://redets.mscbs.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf

7 Dowling DA, Thanattherakul W. Nipple confusion, alternative feeding methods, and breast-feeding supplementation: state of the science. Newborn & Infant Nursing

Reviews, 01 December 2001, vol./is. 1/4(217-223). [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336901700359]

8 Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Sep 20;9:CD009720. [DOI 10.1002/14651858.CD009720.pub2]

9 https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/lactancia-materna-tecnicas-suplementacion