

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



RECOPIACIÓN DE CASOS PRÁCTICOS PRESENTADOS EN 2023 BAJO LA ESTRATEGIA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS (CANOHA)

Mayo de 2024

Con la colaboración de: **CSL Vifor**

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



CONTENIDOS

	PÁGINA
I. PRESENTACIÓN	3
II. SOBRE CANOHA	5
III. PROYECTOS	7

Con la colaboración de: **CSL Vifor**

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



I. PRESENTACIÓN

En el entorno sanitario, tanto en la gestión clínica como en la organizativa, es imprescindible basar la toma de decisiones en la evidencia para fomentar las prácticas de valor añadido y disminuir el desaprovechamiento de recursos, cada vez más limitados. Es entonces cuando podemos hablar de Gestión Basada en Valor. En este marco, el movimiento *Right Care* pretende fomentar las prácticas de valor y dejar de hacer aquellas prácticas que no lo aportan.

La gestión basada en la evidencia en el ámbito organizativo de la gestión sanitaria está en una etapa incipiente, pero es esencial para mejorar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud. Esto implica integrar la evidencia científica con la experiencia individual y las características específicas de la organización para tomar decisiones informadas.

Para ello, es necesario no solo aplicar la evidencia existente y evaluar y publicar tanto los resultados positivos como los negativos de nuevas iniciativas y evidencias, sino también implicar a las sociedades científicas y a la administración en la formación y la difusión de la evidencia para su aplicación en el entorno sanitario, incorporando las preferencias del paciente y ciudadano en la toma de decisiones.

Esto solo es posible con Directivos de la Salud profesionalizados, con las competencias técnicas y transversales necesarias, que lideren la Gestión Basada en Valor, en el marco del liderazgo como la capacidad de inspirar a cada individuo de la organización y crear una visión compartida para gestionar con éxito los cambios y los objetivos que queremos conseguir en las organizaciones. En este sentido, las competencias transversales consensuadas en el *Mapa de Competencias del Proyecto DPC (Desarrollo Profesional Continuado) SEDISA del Director de Organización Sanitaria*, son necesarias para llegar a ello: flexibilidad y gestión del cambio, proactividad/ innovación, integridad, resiliencia, aprendizaje continuo, gestión de personas, toma de decisiones, orientación estratégica, colaboración, gestión de personas, comunicación.

El Presente documento recoge los casos recogidos a través del Proyecto CANOHA (Casos Prácticos bajo la Estrategia del NO HACER y las Buenas Prácticas), como muestra del compromiso de SEDISA con la Gestión Basada en Valor y el impulso de la transformación que nuestro Sistema

Con la colaboración de: **CSL Vifor**

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Sanitario necesita hacia la excelencia, en términos de calidad y eficiencia. En concreto, está presente el objetivo estratégico de la Sociedad del compromiso con la sociedad y los pacientes, con la pretensión de avanzar hacia nuevos modelos de gestión, colaboración público-privada, en resultados de la salud e incorporando la experiencia y el valor en salud.

José Soto Bonel

Presidente

Sociedad Española de Directivos de la Salud

Con la colaboración de: **CSL Vifor**

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



II. SOBRE CANOHA

El proyecto CANOHA (CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS), es una iniciativa impulsada por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y CSL Vifor, puesto en marcha en 2022, y que busca promover las prácticas clínicas que aportan valor, que miden los resultados en salud clínico-relevantes, que contribuyen a la sostenibilidad del sistema y cuyo principal foco reside en perseguir la excelencia en una atención sanitaria centrada en el paciente. El objetivo es identificar intervenciones ineficaces y no siempre necesarias ni seguras.

CANOHA persigue poner en valor la estrategia del NO HACER en el ámbito de la Gestión Sanitaria como camino hacia la calidad y la excelencia, impulsar la puesta en marcha de proyectos de la Estrategia del NO HACER en las Organizaciones Sanitarias y reconocer las mejores experiencias.

Cuenta con un Comité Asesor multidisciplinar, encargado de revisar todos los casos prácticos de "No Hacer" que servirán de modelo para los centros sanitarios. Dicho Comité está formado por un grupo multidisciplinar de expertos:

D. Julio Mayol. Ex Director Médico del Hospital Clínico San Carlos.

Dña. Olga Delgado. Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Dña. Carina Escobar. Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

Dña. Inés Gallego. Subdirectora de Innovación y Calidad de la OSI Euzkerraldea Enkarterri Cruces.

D. Javier García Alegría. Director Línea de Procesos de Medicina Interna del Hospital Costa del Sol.

D. Francisco Marí. Gerente del Hospital Son Llatzer y miembro de la Junta Directiva de SEDISA.

Dña. M^a Ángeles Prieto Rodríguez. Directora de la Escuela de Pacientes de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

D. Bernardo Valdivieso. Director del Área de Planificación y Director del Área de Atención Domiciliaria y Telemedicina del Hospital Universitario La Fe

D. Pere Vallribera. Director Gerente de Laboratorio de Referencia de Catalunya LRC y Secretario General de SEDISA.

Con la colaboración de: **CSL Vifor**

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Durante 2023 se publicaron en la plataforma creada para tal fin ([Canoha - Casos prácticos bajo la estrategia del "No hacer" \(sedisa.net\)](#)) un total de 68 casos de éxito, habiendo recibido el reconocimiento a MAPBM (Hospital Maturity Assessment in Patient Blood Management) (Proyecto 52 del presente documento) y el Proyecto ATRA-PED: optimización de la atención a los traumatismos (Proyecto 62 del presente documento).

Los criterios de valoración para el reconocimiento de sendos proyectos como los mejores de todos los presentados por parte el Comité Asesor han sido los siguientes:



Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



III. PROYECTOS PRESENTADOS

PROYECTO 1

VALORACIÓN ANESTÉSICA PREOPERATORIA DE ALTA RESOLUCIÓN EN CIRUGÍA DE CATARATAS CON ANESTESIA TÓPICA Y CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORIZADOS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Hospital Universitario Infanta Leonor. Comunidad de Madrid

Autor/es: María José Crespo Carballés /Alfredo Abad gurumeta

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Se diseñó un protocolo para reducir la consulta programada de evaluación preanestésica en cirugía de cataratas con anestesia tópica realizando una evaluación de alta resolución el día de la intervención, valorando su impacto en la consulta de preanestesia, evaluando las suspensiones quirúrgicas y sus causas, comparando los periodos previo y posterior al nuevo protocolo. El objetivo es reducir la consulta programada de preanestesia previa a la intervención de cataratas con anestesia tópica realizando evaluación preanestésica de alta resolución el día de la cirugía, valorar su impacto en la consulta de preanestesia y las suspensiones quirúrgicas y sus causas.

PUESTA EN MARCHA

El protocolo fue diseñado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación en colaboración con el Servicio de Oftalmología, fue aprobado como protocolo normalizado de trabajo, fue revisado por la Comisión de Calidad, aceptado y validado por la Dirección del hospital en octubre de 2020. El proceso comenzaba en la consulta de oftalmología, tras ser el paciente diagnosticado y decidido el tratamiento quirúrgico con anestesia tópica, descartándose por el oftalmólogo otro tipo de anestesia general, retrobulbar o subtenoniana, y se iniciaba el procedimiento para inclusión en lista de espera. En la misma consulta se realizaron las explicaciones necesarias a los pacientes y se entregaron las hojas informativas del proceso de la cirugía y los consentimientos informados de la intervención. El día de la cirugía, en presencia del anestesiólogo, se realizaron la encuesta y anamnesis de antecedentes personales y anestésicos necesarios para la seguridad

7

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



del paciente en la intervención. Tras su validación, se llevó a cabo la divulgación del nuevo protocolo a los servicios implicados de Anestesiología y Reanimación, de Oftalmología y Admisión. Se diseñó un estudio observacional de cohortes retrospectivas para valorar la implementación del protocolo. Por ser el año 2020 un año atípico por la pandemia Covid-19, se decidió realizar el estudio del año 2019 como previo al protocolo y, comparar con el 2021 con el protocolo ya instaurado. Se compararon: Grupo 1, pacientes intervenidos de cataratas con anestesia tópica del año 2019 y Grupo 2, con el nuevo protocolo implantado en el 2021, se evaluaron número de consultas de preanestesia totales y tiempos de espera, las consultas específicas de cataratas, intervenciones realizadas, total y proporción de suspensiones quirúrgicas y sus causas. Se analizaron las variables cualitativas con Chi2 y corrección de Yates.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se compararon: Grupo 1, pacientes intervenidos de cataratas con anestesia tópica del año 2019 y Grupo 2, con el nuevo protocolo implantado en el 2021, se evaluaron número de consultas de preanestesia totales tiempos de espera, las consultas específicas de cataratas, intervenciones realizadas, total y proporción de suspensiones quirúrgicas y sus causas. Se analizaron las variables cualitativas con Chi2 y corrección de Yates.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Se realizaron 2.322 cirugías en el Grupo 1, con consulta de preanestesia 1.694 frente a 628 que no precisaron. En el Grupo 2 fueron atendidos en consulta 336 de 1.884 intervenciones.

PROPUESTAS DE MEJORA

La aplicación del protocolo es exportable a todos los hospitales de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud, actuando en los protocolos y creando nuevos circuitos de flujo de pacientes. Evitar consultas que no aporten valor, mejorando la eficiencia y el circuito de pacientes El registro de los datos es aplicable en todos los hospitales del SERMAS al ser variables estudiadas por todos los Sistemas de Información de la Comunidad de Madrid y nacionales.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

La reducción de la consulta programada en cirugía de cataratas con anestesia tópica con el nuevo protocolo fue superior al 82% y se evitaron 73 jornadas anuales de consulta de preanestesia del total atendidas. Globalmente se atendieron 1.679 pacientes menos (consultas evitables) Tiempo espera medio (días) para la consulta de anestesia mejoró de 6,71 a 4,26 Tiempo de espera máximo (días) para la consulta de anestesia mejoró de 39 a 35 Se mejoró el circuito de pacientes, evitando a los pacientes una consulta innecesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez A, López S, Vidal M, Juncal J, Sanduende Y, Gómez M, Martín V, Carro MB. Management of cataract surgery in the Galician public health service. Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed). 2023 Jun-Jul;70(6):341-347. doi: 10.1016/j.redare.2023.06.003.
- Epub 2023 Jun 3. PMID: 37276967. -Cataracts in adult management. NICE guideline. Published oct 2017. DOI: nice.org.uk/guidance/ng77. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J. Schein. Routine preoperative medical testing for cataract surgery (review). Cochrane Database Syst. 2012;14:3.
- Zaballos M. Actualizaciones en pruebas preoperatorias en cirugía ambulatoria. Cir May Amb. 2015;20:17-9.
- Zaballos M, López Álvarez S, Argente P, López A. y grupo de trabajo de pruebas preoperatorias Recomendaciones de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2015;62:29-41.
- Merali FI, Schein OD. Preoperative evaluations for cataract surgery are routine but anachronistic. JAMA Ophthalmol. 2018;136:239 [consultado 3 May 2018] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2668283>. -Cabadas Avion R, Rabanal Llevot JM, Gil de Bernabé MA, Guasch Arévalo E, Aldecoa Álvarez-Santullano, Echevarría Moreno M. Sedaciones en procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos: recomendaciones de calidad y seguridad. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2018;65:520-4.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 2

MENOS ES MAS: ALTA RESOLUCION SIN RESTRICCIONES EN UN AREA DE CONSULTAS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Comunidad de Madrid.

Autor/es: Alvaro Páez Borda, Nuria Juárez Ruperto, Mercedes Marín Valero, Luis Crespo Martínez y Montserrat Dorado Valentín

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La alta resolución (solución de los problemas de salud en un único acto) puede convertirse en el estándar de un servicio. Sin embargo, ese abordaje exige grandes cambios: culturales y profesionales. Este estudio describe los resultados de la implantación de la filosofía de la alta resolución como estándar para TODOS los pacientes remitidos desde Atención Primaria (AP) para una primera consulta en un servicio de urología.

PUESTA EN MARCHA

Previo a la activación del programa, se consensuaron con AP los criterios para la remisión de pacientes al servicio de urología, y se creó un sistema de control de la adecuación de las remisiones. Acto seguido, se eliminaron los obstáculos físicos y organizativos para mantener permanentemente operativas las unidades de ecografía y endoscopia. Finalmente, se dotó al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) de las competencias necesarias para optimizar su capacidad asistencial. Una vez estabilizada la relación con AP, y activados los sistemas de control de esa relación, fue posible resolver (entendiendo por la emisión tras una única consulta de un informe diagnóstico-terapéutico, o la inclusión en lista de espera quirúrgica) el 79,7% de las consultas desde AP.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

10

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

- El rendimiento global del formato de la AR.
- El rendimiento del formato de la AR en diferentes problemas de salud.
- El grado de satisfacción de usuarios y profesionales involucrados en el programa.
- El ahorro en términos de visitas evitadas.
- El potencial ahorro económico en términos de disminución de los costes laborales como consecuencia de la disminución del absentismo laboral
- La incidencia de efectos adversos, entendiendo como tales las nuevas visitas al área de consultas por idéntico motivo al original.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

1. La puesta al día de los criterios para la remisión de pacientes desde AP a un servicio de urología, y la generalización de la filosofía de la AR entre los profesionales implicados es asequible. Del mismo modo, la eliminación de los obstáculos materiales para mantener permanentemente operativas las unidades de ecografía y endoscopia en un servicio de urología es plenamente viable
2. No existen criterios objetivos para restringir la aplicación de la AR a determinados tipos de pacientes. Sin embargo, la probabilidad de que un paciente reciba una orientación diagnóstico-terapéutica tras una única visita puede llegar a multiplicarse por 10, dependiendo del tipo de problema de salud. Del mismo modo, la capacidad resolutoria de unos urólogos puede ser hasta 6 veces superior a la de otros, con independencia de los problemas de salud atendidos.
3. La asistencia bajo el formato de AR no parece constituir un factor de estrés para el global de los profesionales, con independencia de su edad, experiencia y categoría profesional.
4. La satisfacción de los usuarios con la AR es unánime.
5. La AR constituye un modelo de gestión eficiente, reduciendo los costes asistenciales y aumentando la accesibilidad de un servicio de urología
6. La AR reduce los costes laborales totales al reducir las horas no trabajadas.
7. En comparación con la 'práctica habitual', la AR aumenta la probabilidad de nuevas visitas como consecuencia del problema de salud original.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



8. No existe el menor argumento en contra de la generalización del modelo de AR a cualquier servicio de urología.

PROPUESTAS DE MEJORA

Creación de talleres de trabajo que permitan difundir el modelo a otras unidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Páez Borda A, Redondo González E, Ríos González E, Linares Quevedo A, Sáenz Medina J, et al. Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria a un Servicio de Urología”.
- Actas urol Esp. 2007;31:1166-1171. Coull N, Rottenberg G, Rankin S, Pardos-Martinez M, Coker B, Jenkins E, et al. “Assessing the feasibility of a one-stop approach to diagnosis for urological patients”.
- Ann R Coll Surg Engl 2009;91:305-309 Páez A, Redondo E, Sáenz J, Marín M, Juárez N, Durán M. The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department.
- Int Braz J Urol 2011;37(5):623-629

PROYECTO 3

HOSPITAL ONLINE (HOL)

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Hospital Universitari Son Espases

Islas Baleares

Autor/es:Luis Miguel Alegre

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El hospital Universitario Son Espases desarrolló durante los años 2020 y 2021 un sistema de información basado en tecnología Power BI, con acceso universal para más de 1.000 usuarios y que abarca la totalidad de los ámbitos del centro. Sin embargo,

12

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



durante el desarrollo de la Pandemia se comprobó que el sistema estaba falto de inmediatez a información relevante para la gestión del día a día del Hospital; apoyándose en esta necesidad el Servicio de Control de Gestión y el Servicio de Informática del HUSE desarrollaron un nuevo sistema en la App de Power BI de Microsoft con ese fin que entró en funcionamiento en el último trimestre del 2021. Este nuevo sistema carga información cada hora y acceden al mismo 350 usuarios (dirección, jefes de servicio, supervisoras de enfermería, jefes de guardia, coordinadores de proyectos, admisión, personal de servicios centrales y departamento de comunicación). Los ámbitos de información que recoge el mismo son: Camas COVID Perfil de vacunación de pacientes Camas de críticos Mapa de camas Situación de Urgencias Evolución Urgencias del día Programación quirúrgica Situación general del Hospital La forma más visible de comprobar las posibilidades del mismo es acceder al video que adjuntamos <https://www.youtube.com/watch?v=A97cc1DtH90>

PUESTA EN MARCHA

El proyecto surgió gracias a la necesidad de inmediatez de acceso a la información que exigió la Pandemia reciente; la gestión de camas y pacientes en el Hospital no podía depender de información no actualizada o del canal telefónico interno. La plataforma Power BI dispone de una App que permite transformar algunos contenidos para optimizarlos al escenario de smartphones. De cara a no interferir en la velocidad del sistema de Historia Clínica Electrónica del Hospital (Millenium de Cerner) la descarga para el aplicativo HOL se convenió fuera cada hora, período suficiente para gestionar los recursos; el mayor reto en la implantación del proyecto fue la incorporación interactiva del mapa de camas del hospital (850). El resultado ha sido un sistema de información útil como lo demuestra la métrica de uso del mismo.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

1- Número de consultas

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 2- Número de usuarios que lo utilizan 3- Número de nuevos indicadores que se añaden a la plataforma

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? El proyecto ha cambiado de forma radical la forma de trabajar en el Hospital e, incluso, la forma de relacionarse entre sí los diferentes actores, ha cuestionado status del hospital y ha contribuido a crear equilibrios más realistas. Los profesionales que tienen la responsabilidad de gestionar el Hospital, gracias a HOL lo hacen de forma con pleno conocimiento de la situación del Hospital (camas, urgencias, quirófanos, COVID...), en términos de equidad y simetría de información entre todos y con acceso inmediato a la información desde sus propios teléfonos móviles. Los profesionales identifican de forma digital, por ejemplo, la disponibilidad de camas y ejecutan la gestión de las mismas en base a esa información; ha pasado a la historia la búsqueda de la supervisora o el personal de Admisión para la gestión de una cama; la situación de las Urgencias, sus tiempos de demora, la casuística compleja o no de sus pacientes está a disposición de todos los implicados para facilitar su toma de decisiones. Posiblemente fue en su implantación en las últimas olas de la Pandemia donde la herramienta aportó más al centro, agilizó la gestión de camas y pacientes COVID con un control inmediato de la información y las necesidades cambiantes que se producían. Se ha convertido en un proyecto disruptivo para el centro, que "rentabiliza" como pocos la Historia Clínica Electrónica y que se convierte en un actor básico en la estrategia de Transparencia del Hospital.

PROPUESTAS DE MEJORA

El proyecto actualmente está creciendo a través de un nuevo concepto, COL (Cuidados On Line) que intenta aplicar esta metodología/filosofía a las necesidades de Cuidados en el Hospital.

OBSERVACIONES

El proyecto consiste en poner al alcance de los usuarios la información con la que se gestiona el día a día del Hospital de forma inmediata, personalizada y a tiempo real. Nº de usuarios del nuevo sistema: 350 Información actualizada cada hora Métrica de uso: en los últimos 90 días se ha accedido 8.263 veces, casi 100 veces/día, lo que demuestra el uso generalizado del sistema.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 4

IMPLANTACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA DE LOS 56 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE METROPOLITANA SUD

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Dirección de Atención Primaria Metropolitana Sur

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Ascensión Casado Martínez, Alex Escosa Farga, Alvaro Martorell Fernández, Eva Zamorano Millan, Martha Teresa Egoavil Rojas

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Introducción. El envejecimiento se considera un éxito de las políticas de salud pública, del desarrollo socioeconómico y de los adelantos científicos y tecnológicos en materia de salud, aspectos que han propiciado un aumento de la esperanza de vida de la población y en consecuencia del número de personas con enfermedades crónicas y/o discapacidades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento supone un reto de adaptación de las políticas sanitarias, siendo necesario elaborar estrategias efectivas que promuevan una atención de calidad eficaz, efectiva y eficiente centrada en la persona y en sus necesidades. Los datos son evidentes:

- Entre 2000 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de 5 años.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en épocas anteriores. El envejecimiento se asocia a una morbilidad múltiple al coexistir diferentes patologías crónicas, se vive más tiempo, pero en general, en peores condiciones de salud. La Atención Primaria (AP)

15

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



es la puerta de entrada de las personas al sistema sanitario, es su eje vertebrador; y por tanto debe garantizar su acceso, siendo este un elemento clave del proceso asistencial. También tiene el reto de ofrecer una atención integral centrada en la persona, des de la excelencia, por lo que debe dejar de hacer actividades que no aportan valor, para poder adaptarse a los continuos cambios relacionados tanto con la pandemia de la COVID-19 como con el envejecimiento de la población. Las personas con enfermedades crónicas presentan más necesidades y por lo tanto un elevado consumo de recursos sanitarios. El riesgo de sufrir descompensaciones junto con la probabilidad de sufrir un ingreso hospitalario es muy elevado respecto al resto de la población. La pandemia de la COVID-19 ha sido un verdadero revulsivo para la AP que ha tenido que adaptarse a la excepcionalidad y exigencia del momento, reorganizando su actividad entorno al diagnóstico, seguimiento y atención a los pacientes COVID, aspecto que ha dificultado el control de las personas con patologías crónicas. Ha evidenciado la necesidad de definir un nuevo modelo de atención al paciente crónico basado en la aplicación de prácticas clínicas científicamente contrastadas que disminuyan la variabilidad de la atención, el número de visitas de seguimiento sin valor y en consecuencia el gasto sanitario. Las demandas expresadas por las personas en la AP se pueden clasificar en previsibles y en no previsibles y a la vez en asistenciales y en burocráticas. Sin ninguna duda, la gestión del paciente crónico es un punto clave a considerar para organizar la actividad asistencial de los centros de salud y para planificar la actividad de los profesionales ya que supone aproximadamente un 45% de las demandas asistenciales previsibles. Otro aspecto esencial en el proceso asistencial del paciente crónico es el carácter longitudinal de la AP. Hay estudios que demuestran que la longitudinalidad disminuye el uso de los servicios de urgencias haciendo el sistema sanitario más costo-efectivo, mejora la calidad de la atención sanitaria y disminuye la mortalidad. El Área Metropolitana Sur tiene una población asignada de 1.247.729 pacientes que reciben atención en 56 Equipos de Atención Primaria (EAP). De estos, más de 600.000 son pacientes con una o más enfermedades crónicas. Tabla 1: Frecuentación visitas Área Metropolitana Sur. Año 2019

Enfermería	Visitas	Medicina de Familia	Total visitas
Área Metropolitana Sur	5,66	7,08	6,44
Hipertensión arterial	6,83	7,57	7,22
Dislipemias	4,99	6,66	5,94
Enfermedad obstructiva crónica	6,46	8,22	7,41
Insuficiencia cardíaca congestiva	10,62	10,39	10,50
Cardiopatía isquémica	7,02	8,37	7,74
Total	6,93	8,04	7,54

Los pacientes crónicos realizaron más de 5 millones de visitas a medicina de familia y a enfermería, con una frecuentación de aproximadamente 7 visitas con enfermería y de 8 visitas con medicina de familia. Este proyecto nace de la necesidad de homogenizar el seguimiento del paciente crónico estable en los EAP del Área Metropolitana Sur (AMS), con un método de trabajo centrado en la persona, que disminuya la frecuentación, garantice la longitudinalidad de la atención y que proponga intervenciones planificadas de valor con la finalidad de mejorar los indicadores de calidad asistencial y la accesibilidad a la AP. Población diana La población diana de este proyecto se define mediante la

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



estratificación en grupos de morbilidad ajustada (GMA), herramienta que nos permite realizar una clasificación teniendo en cuenta tanto la morbilidad como el nivel de complejidad de la persona. Los grupos de morbilidad tienen en cuenta la tipología de las enfermedades (aguda, crónica, u oncológica), y en el caso de presencia de enfermedad crónica identifica si esta afecta a un único sistema orgánico o más. El agrupador es un indicador predictivo que determina la población que más se puede beneficiar de una atención integral, individualizada, centrada en la persona, con intervenciones proactivas orientadas a la atención de los pacientes crónicos. De 1.247.729 pacientes que reciben atención en el Área Metropolitana Sud, más de 600.000 pacientes pertenecen a GMA 3.1 (pacientes con 1 patología crónica) GMA 3.2 (pacientes con 2-3 patologías crónicas) y GMA 3.3 (pacientes con más de 3 patologías crónicas). Objetivos

1. Definir las estrategias y las herramientas para garantizar la equidad de la atención y seguimiento de pacientes crónicos:

a. Promover estrategias de comunicación para facilitar la implementación del nuevo modelo de atención.

i. Comunicación interna a los profesionales de los EAP:

1. Guía de implementación del proyecto con estrategias y herramientas para el acompañamiento, seguimiento y control estandarizado para la atención pro activa de los pacientes con enfermedades crónicas.

2. Esquema del plan de activación del proyecto.

3. Presentación para realizar la difusión a los profesionales de los diferentes EAP.

4. Vídeo de difusión del proyecto a los profesionales.

ii. Comunicación externa a los pacientes.

1. Vídeo de difusión del proyecto a la población

2. Trípticos informativos

b. Realizar una programación pro activa de los pacientes con una o más enfermedades crónicas teniendo en cuenta la actividad de los EAP (campana de la gripe, olas COVID, vacaciones profesionales, gestión de la demanda al día, etc.)

i. Programación de pruebas diagnósticas necesarias para el seguimiento de la/s enfermedad/es crónica/s que afectan a la persona

ii. Programación de visitas de seguimiento con lideradas por enfermería.

c. Establecer planes de visitas anuales individualizados según las enfermedades crónicas que afectan a la persona:

i. Diseño de planes de visitas anuales según principales patologías:

1. En formato papel

2. En formato digital

2. Promover la equidad del sistema con líneas estratégicas de trabajo escalables a los diferentes EAP del Área Metropolitana Sud.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



3. Ofrecer una atención de calidad en base a:

- Guías de práctica clínica
- Guías terapéuticas
- Programa de armonización de los estándares de prestación de curas a la AP: Programa ARES

4. Disminuir el número de visitas de control en el paciente crónico estable.

- a. Planificar las pruebas necesarias para el seguimiento.
- b. Programar activamente 2 visitas de seguimiento al año con enfermería.
- c. Promocionar el papel del medico de familia como consultor.

5. Promover el rol de enfermería en el control y seguimiento del paciente crónico con el soporte del resto de profesionales de la AP

6. Mejorar la continuidad asistencial: Longitudinalidad.

7. Aumentar la satisfacción en la atención tanto los pacientes crónicos como del resto de la población

8. Proponer en base a los resultados obtenidos acciones de mejora si fueran necesarias.

9. Ser referentes en la atención al paciente crónico Acciones

- Gestión de la atención al paciente crónico activamente teniendo en cuenta la organización interna de los EAP y de sus profesionales.
- Optimización de las agendas de los profesionales para dar cabida a la gestión enfermera de la demanda y aumentar la atención domiciliaria y comunitaria.
- Desarrollo de las TIC como medio de contacto con los profesionales sanitarios de referencia.
- Liderazgo de la atención al paciente crónico por parte de los profesionales de enfermería
- Desarrollo del modelo de atención de Unidad Básica Asistencial 3 (UBA3): Trabajo en equipo orientado al paciente entre profesionales administrativos, medicina de familia y enfermería.
- Evolución del rol tradicional del administrativo a un rol sanitario.
- Cohesión de la figura del administrativo como profesional de referencia en la gestión de las demandas del paciente crónico. El profesional administrativo ha de ser un referente más en la atención al paciente que trabajará en coordinación con los profesionales sanitarios.
- Colaboración en la creación de una herramienta inteligente informática, de priorización de los pacientes por perfiles clínicos en función de sus patologías que permite realizar una programación pro-activa de todas las intervenciones a un año y un trabajo conjunto entre médico de familia, enfermera y administrativo en la sistematización de los controles planificados (Planifi.cat). TICs y paciente crónico.
- Difusión del nuevo modelo de atención al paciente crónico en la población asignada del Área Metropolitana Sur.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

Antes de definir el presente proyecto como tal, se analizan todas las iniciativas internas de los EAP del Área Metropolitana Sur en la gestión de la atención al paciente con enfermedad crónica. Se define un grupo de trabajo transversal formado por miembros de las direcciones de los diferentes EAP con diferentes perfiles profesionales, y del Gabinete de Comunicación del AMS. Este grupo de profesionales constituye la Comisión para la gestión del paciente con enfermedad crónica. La Comisión se reúne periódicamente para definir la línea de trabajo en todos los EAP y estos a su vez adaptan el proyecto teniendo en cuenta sus características y particularidades organizativas.

1. Constitución de la Comisión a. Análisis de todas las líneas de trabajo relacionadas con la gestión de la atención del paciente con enfermedad crónica en los diferentes EAP. b. Definición del nuevo modelo de atención. c. Presentación del modelo a las direcciones de los diferentes EAP
2. Difusión interna del nuevo modelo a los EAP del AMS a. Constitución de un grupo de trabajo que lidere el proyecto en el EAP b. Información del proceso de implementación a los miembros del grupo. i. Material de soporte para las direcciones, para los profesionales y para los pacientes con enfermedad crónica.
3. Seguimiento por parte de la Comisión de la implantación y resultados del nuevo modelo de gestión: a. Implementación del nuevo modelo en los diferentes EAP según la línea de trabajo definida por la Comisión. i. Cómo implementar el nuevo modelo teniendo en cuenta las dinámicas de trabajo del EAP ii. Material interno de soporte consensuado para la difusión del proyecto b. Reflexión y análisis interno por parte del equipo directivo del EAP y los profesionales que lo forman. i. Dificultades en la implantación ii. Oportunidades del nuevo modelo c. Implicación activa del equipo directivo del EAP para garantizar la continuidad del modelo
4. Valoración, seguimiento y evaluación del proyecto por parte de la Comisión a. Definición de indicadores:

i. De salud por procesos:

1. Enfermedad Cardiovascular
2. Hipertensión Arterial
3. Diabetes Mellitus tipo. II
4. Enfermedad Obstructiva Crónica
5. Dislipemia / Hipercolesterolemia.

ii. De accesibilidad

1. A las 48 horas
2. A los 5 días
3. A los 10 días

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



b. Monitorización de los indicadores

5. Acciones de mejora: a. Incorporación de nuevas herramientas TIC

b. Digitalización de la información personalizada destinada a cada paciente según perfiles de enfermedades crónicas que lo afectan.

c. Promoción de las visitas de seguimiento no presenciales

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

Indicadores:

i. De salud por procesos:

1. Enfermedad Cardiovascular
2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes Mellitus tipo II
3. Enfermedad Obstructiva Crónica
4. Dislipemia / Hipercolesterolemia

ii. De accesibilidad

1. A las 48 horas
2. A los 5 días
3. A los 10 días

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La demanda ni se crea ni se destruye, se transforma; siempre hay demanda. Si la AP ha de ser la puerta de entrada al sistema sanitario es de vital importancia ordenar la demanda, especialmente la asociada con el seguimiento del paciente con enfermedad crónica, al ser una demanda previsible y esperada. Una atención proactiva debidamente planificada, evitará, por un lado, prácticas clínicas inapropiadas sin valor clínico que consumen recursos sanitarios y humanos y por otro generaran espacios para la demanda no previsible evitando la saturación del sistema y la equidad de la atención en AMS. Los circuitos de atención al paciente crónico

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



deben estar bien definidos y estructurados teniendo en cuenta el profesional más adecuado para dar respuesta a la demanda, de manera efectiva, eficiente y eficaz; y con el mínimo coste posible. El trabajo debe ser en equipo con un objetivo común teniendo en cuenta la satisfacción del paciente en la respuesta recibida. La programación proactiva de un máximo de 2-3 visitas anuales de seguimiento, con sus correspondientes pruebas diagnósticas permite disminuir la frecuentación de este grupo de pacientes, empoderándolos en la cura y cuidados de su enfermedad, disminuyendo la frecuentación tanto en población atendida como en población asignada, garantizando la equidad del sistema y sobre todo su accesibilidad. Logros Equidad de la atención al paciente con enfermedades crónicas en el AMS. Disminuir la frecuentación de los pacientes crónicos estables en las consultas de AP. Liderazgo del seguimiento del paciente con enfermedades crónicas estables por parte de los profesionales de enfermería pasando los profesionales de medicina de familia a tener un papel consultor en caso de que así se requiera. Dejar de hacer seguimientos que no aportan valor clínico y pruebas innecesarias para poder dar cabida a otras actividades como atención aguda, atención paciente con síntomas COVID, campañas de vacunación, atención domiciliaria y desarrollo de programas de atención comunitaria. Mejora en la detección y programación pro-activa de los controles necesarios y la realización de los mismos por el equipo asistencial (en 6 meses se ha visitado al 65,08% de los pacientes que se tenían que programar), disminuyendo la frecuentación en las consultas en 2 puntos y obteniendo una mejora notable en los resultados del estándar de calidad asistencial (250 puntos por encima del mismo período en años anteriores).

PROPUESTAS DE MEJORA

Conclusiones. La gestión de la atención del paciente con enfermedad crónica es uno de los pilares básicos a tener en cuenta para mejorar la accesibilidad a la AP. Con la programación proactiva se ordena la actividad de los centros de salud teniendo en cuenta la presión asistencial de ciertos periodos del año: vacaciones de profesionales, campaña de la gripe, olas COVID, campañas de vacunación, etc. También se garantiza la equidad de la atención y se promueve la satisfacción de la atención recibida.

OBSERVACIONES

Las TIC son un pilar básico a considerar en el control del paciente crónico, evitando desplazamientos innecesarios del paciente a los centros de salud, y estableciendo nuevos canales de comunicación con los profesionales de salud referentes en su seguimiento. Con su ayuda se pueden establecer algoritmos priorizando y ordenando en el tiempo el seguimiento del paciente crónico. Las TIC son un pilar básico a considerar en el control del paciente crónico, evitando desplazamientos innecesarios del paciente a los centros de salud, y estableciendo nuevos canales de comunicación con los profesionales de salud referentes en su seguimiento.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Con su ayuda se pueden establecer algoritmos priorizando y ordenando en el tiempo el seguimiento del paciente crónico.

BIBLIOGRAFÍA

<http://ics.gencat.cat/ca/actualitat/butlletins/7setmanal/7setmanal-numero-159/159-1>

PROYECTO 5

SEGUIMIENTO INTEGRAL POST-ICTUS. PROYECTO STRACK

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Gerencia Metropolitana Sur de Barcelona

Cataluña. Barcelona.

Autor/es: Pere Cardona. Silvia Copetti. Daniel Revilla. Sonia Carmona. Angel Lopez Lopez, Ester Argüelles

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: NEUROLOGIA, PRIMARIA, GESTIÓN SANITARIA

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo global de este proyecto es diseñar un modelo asistencial innovador, con el paciente post-ictus en el centro, que mejore su estado de salud y su autonomía y que permita incrementar la eficiencia en el uso de los recursos del Área. A partir de una intervención innovadora en la gestión de esta enfermedad, STRACK plantea el abordaje integral del paciente durante el primer año después del episodio agudo. La duración del proyecto es de 2 años en total, intervienen el Hospital Universitario de Bellvitge, el Hospital de Viladecans, así como 18 Equipos de Atención Primaria que tienen estos hospitales como hospitales de referencia y que forman parte de la Gerencia Territorial Metropolitana Sur. Los Objetivos específicos del proyecto son:

1. Mejorar la monitorización del paciente para reducir el riesgo de sufrir un nuevo episodio de ictus o descompensaciones de cualquiera de las patologías de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la adherencia a tratamientos farmacológicos y rehabilitadores.
3. Mejorar la experiencia del paciente, medida con encuestas evaluación del paciente: PROMs y PREMs.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



4. Mejorar la comunicación y la coordinación entre niveles asistenciales facilitando una visión holística del paciente de cara a la toma de decisiones.
5. Optimizar el uso de recursos asistenciales como las visitas a urgencias, atención primaria y atención hospitalaria.

PUESTA EN MARCHA

Durante la fase del análisis de los procesos, se mapeó todo el proceso asistencial, desde el momento del alta hasta transcurrido un año después del evento agudo, en distintos niveles asistenciales y a diferentes profesionales; y se realizaron más de una decena de entrevistas a pacientes y familiares. Además del análisis de los procesos con las principales áreas de mejor, el poder valorar la percepción de la atención recibida por parte de los propios pacientes y su entorno familiar, resultando en un “mapa de calor” con los principales puntos de mejora, resultaron ser elementos clave de cara a realizar la reingeniería de procesos y la definición de los Planes de Salud personalizados por tipología de pacientes.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Reingreso por patología cardio-cerebrovascular. Consulta a urgencias por nuevo evento vascular (ICTUS-AIT, IAM, EMBOLISMO PERIFÉRICO) Visitas innecesarias (en relación a control de factores de riesgo vascular) Adherencia al tratamiento (>80%). Días sin rehabilitación. ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Existe una importante limitación en transferencia de datos y comunicación entre dispositivos hospitalarios y asistencia primaria. Si bien los datos son reportados en sistemas y plataformas electrónicas de gran calidad, la comunicación entre ellos no es automática siempre y el traspaso del paciente de un dispositivo a otro requiere la intervención del paciente o familiar (pedir citas, conciliación farmacológica, gestión de otros recursos como rehabilitación domiciliaria). A su vez el paciente no presenta un conocimiento pleno tras el alta de un evento importante como es un ictus de los factores de riesgo que intervinieron y como los puede modificar. Desconoce gran

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



parte de medicaciones necesarias para el control de los factores de riesgo vascular y así como las determinaciones y los valores correctos que permiten controlar estos factores de riesgo. Por ello es importante un abordaje integral de la transición del paciente tras un ingreso hospitalario a primaria, evitando redundar visitas ya sea en primaria y hospitalaria, sumar medicaciones que no aportan valor alguno y pueden causar efectos perjudiciales a los pacientes. Asimismo de acuerdo con los dispositivos de atención primaria se conseguirá un mejor seguimiento de estos pacientes sin sobrecarga de agendas y con un papel relevante de todos los estamentos sanitarios.

PROPUESTAS DE MEJORA

Coordinación entre primaria y hospitalización. Empoderamiento del paciente y la familia tanto de la enfermedad, como de los factores de riesgo vascular y tratamientos. Seguimiento por rehabilitación mediante sistemas de telerehabilitación que permitan el seguimiento integral del paciente. Establecer un plan de cuidados al paciente monitorizado por profesionales y seguidos por los mismos. Canal de comunicación permanente con profesionales para contestar duda y valoración de situación clínica. Dotar al paciente y familiares elementos y dispositivos electrónicos de medida/registro o material físico de información que permitan un control de los factores de riesgo.

OBSERVACIONES

Este proyecto se enmarca dentro de los proyectos de transformación digital y compra pública innovadora del Hospital Universitario de Bellvitge. La empresa Roche está siendo nuestro partner en el desarrollo de todas las fases del proyecto. Hace 3 meses hemos empezado la fase piloto que finalizará en el mes de octubre y aportaran los primeros resultados para continuar desde el 1 de noviembre y durante 1 año con la implantación completa y en los siguientes y últimos 6 meses pretendemos la escalabilidad a otros territorios y otras patologías.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.youtube.com/watch?v=iDsSgsZB8dg>

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 6

AÑADIENDO "VALOR" A LA CRONICIDAD

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Área Sanitaria de Lugo

Galicia. Lugo

Autor/es: R. Monte Secades, M. Martínez García, J.C. Piñeiro Fernández, J.A. Fernández Rial, R. Suarez Gil, E. Casariego Vales, L.A. Pérez de Llano, R. Malfeito Jiménez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Interna, Neumología, Geriátrica, Cardiología, Digestivo

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Dar una respuesta eficaz, sostenible, adecuada y basada en valor es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta nuestro Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, nuestro país cuenta con una de las mayores tasas de envejecimiento poblacional y cronicidad de Europa, lo que supone un hándicap a la hora de alcanzar nuestros objetivos. El aumento de la cronicidad en España llega a afectar a un 77,6% en las personas mayores de 65 años acercándose a un 100% en edades aún más avanzadas, lo que pronostica una congestión del sistema sanitario como una atención deficiente hacia nuestra población. Aunque a nivel nacional se han puesto en marcha estrategias para hacer frente a esta problemática, la orientación de las mismas está más inclinada hacia la resolución de patologías agudas. La creciente demanda en la asistencia y en los recursos sanitarios pone en evidencia la necesidad de orientarnos hacia nuevas líneas de acción basadas en valor que supongan una real transformación de nuestro sistema sanitario, que se refleje en la mejora de la sostenibilidad, pero sobre todo en la mejora de la calidad de vida de las personas como consecuencia de una mejor gestión centrada en este perfil de pacientes. Una de las claves de este programa es actuar bajo la estrategia del "no hacer" o lo que es similar, centrarse en acciones que aporten valor, apoyándonos en herramientas de innovación de telemedicina que nos favorezcan la automatización de respuestas. Para ello, se han elaborado estrategias de valor a través de una atención integrada que consiste en un sistema híbrido entre la atención presencial y teleasistencia sanitaria con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente y la disminución de ingresos y urgencias hospitalarias a través de las siguientes acciones:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Atención integral personalizada: plan de seguimiento compartido entre equipos sanitarios de referencia y paciente.
- Orientación hacia un modelo participativo vs paternalista
- Establecimiento de equipos de referencia sanitarios: evitar duplicidad de citas en consultas externas
- Conciliación terapéutica: evitamos el sobretratamiento farmacológico.
- Priorización de pacientes
- Agilización en la asistencia sanitaria con telemedicina
- Atención inmediata por videoconsultas
- Empoderamiento del paciente hacia su autogestión.
- Prevención de ingresos y visitas a urgencias hospitalarias a través de la atención proactiva
- Detección precoz de descompensaciones
- Promoción del alta hospitalaria precoz con continuidad asistencial por equipo de referencia
- Atención urgente directa con telemedicina
- Coordinación entre atención primaria y hospitalaria: disminuyendo la variabilidad clínica
- Coordinación entre dispositivos hospitalarios (061)
- Regulación de la continuidad asistencial entre niveles

PUESTA EN MARCHA

En abril del 2019 se creó un proyecto de atención integral al paciente crónico complejo multiingresador en el distrito centro del área sanitaria de Lugo, centrado en el Hospital de Día de Procesos, en el que se prioriza una atención transversal de los pacientes en el que participan múltiples servicios hospitalarios (Medicina Interna, Geriátrica, Neumología, Cardiología, Digestivo) siendo todo el proceso coordinado por una enfermera gestora de casos y en colaboración estrecha con los equipos de atención primaria. A lo largo de su desarrollo se han incorporado mejoras entre las que se incluyen el desarrollo de un perfil de teleseguimiento domiciliario para este perfil de pacientes y la creación de un comité de atención integrada en el que se consensua un plan asistencial individualizado centrado en el paciente, a través de una revisión conjunta del caso por todos los profesionales de referencia, buscando una atención personalizada, resolutive y eficiente.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

26

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

- Número de ingresos hospitalarios
- Estancia hospitalaria en caso de ingreso hospitalario
- Número de consultas programadas en consultas hospitalarias
- Número de consultas programadas en médico de familia/enfermería
- Número de consultas programadas/a demanda en HDDPRO médico/enfermería
- Número de consultas en el servicio de Urgencias hospitalarias
- Número de consultas en el servicio de Urgencias extrahospitalarias (Puntos de Atención continuada)
- Número de fármacos
- Índices de calidad de vida
- Índices de satisfacción

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Los resultados de los pacientes incluidos en el programa confirman los beneficios de la utilidad de realizar acciones basadas en valor en este perfil de pacientes crónicos complejos multiingresadores. De media, durante el periodo 2019-2022 han disminuido en un 61,23% los ingresos hospitalarios y las visitas urgencias en un 59,31% en este perfil de paciente.

PROPUESTAS DE MEJORA

Extrapolación a otras Áreas Sanitarias y perfiles de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Viñas González-Zaera C, Fachado A, Prieto AÁ, Luis J, Torres B, Lobeiras CB, et al. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad.
- Organización Mundial de la Salud. OMS | Prevención de las enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. 2015.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Xunta de Galicia. Estrategia Gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. 2018;94.
- Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. Documento de trabajo Julio 2021. 2021.
- Sistema HERMES. Plan de integración asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. EOXI Lugo, Cervo y Monforte. Servicio Galego de Saúde, Xunta de Galicia [Internet]. Disponible en <http://hlcal161s/eoxi/index.php/gl/escritorio>

PROYECTO 7

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN PARC SANITARI PERE VIRGILI

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Parc Sanitari Pere Virgili

Cataluña. Barcelona

Autor/es:

Laura Mónica Pérez (médico), Ester Hoyos (médico), María Fernanda Velarde (médico), Mihajil Mendez (médico), Mireia Bisquert (enfermera), Miriam Colominas (enfermera), Nuria Crespo (fisioterapeuta), Ingrid Sanchez (fisioterapeuta), Roger Martí (fisioterapeuta), Veronica Bautista (terapeuta ocupacional), Anna Monsó (terapeuta ocupacional), Cristina Cano (terapeuta ocupacional), Natalia Talleda (logopeda)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Centro socio sanitario

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Hospitalización a domicilio

Área de especialidad médica: Geriátrica

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La mayoría de las personas mayores quieren envejecer y ser atendidas en su domicilio el máximo tiempo posible [1]. Este hecho, sumado a que el envejecimiento de la población a nivel mundial está asociado al aumento progresivo de las discapacidades y necesidades complejas de salud y sociales, pone de manifiesto la necesidad de evolucionar del modelo sanitario clásico "reactivo", basado en la atención urgente y resolución en hospitales de agudos, hacia una atención social y sanitaria proactiva e integrada en la comunidad [2].

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



La Hospitalización a Domicilio (HAD) surge como una alternativa segura, eficaz y de alta calidad a la atención hospitalaria convencional, la cual es valorada de forma positiva por pacientes [3] y cuidadores [4]. Las unidades HAD se han implementado en diferentes servicios sanitarios, como oncología, post cirugía, traumatología o descompensación de enfermedades crónicas. Para poder acceder a un HAD, el/la paciente debe estar en una condición clínica suficientemente estable para poder manejarse en el domicilio y disponer del soporte de la familia y/o cuidador/a informal [5].

Basándonos en la cultura del "NO HACER", el HAD es una vía para sustituir un episodio de ingreso hospitalario (step up) o facilitar el alta temprana del hospital de agudos (step down), permitiendo continuar con el tratamiento agudo o el proceso rehabilitador en el domicilio. Ambos modelos han demostrado ser eficaces en personas mayores, mejorando resultados asociados al delirium y retrasando reingresos [6] [7]. En relación a estas necesidades detectadas y a la eficacia demostrada de las diferentes unidades de HAD, el Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV) desarrolló e implementó el primer equipo de HAD en 2018. A diferencia de otros HAD del sistema, el valor añadido del HAD de PSPV es que la atención proporcionada se basa en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) realizada por un equipo multidisciplinar (Geriatra, Enfermero/a, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Trabajador/a Social) con el objetivo de prevenir episodios de ingreso evitables y reducir las estancias hospitalarias innecesarias, fomentando la autonomía de las personas, para que estas puedan permanecer el máximo tiempo posible en su domicilio.

PUESTA EN MARCHA

La unidad de HAD en PSPV se basa en cuatro principios generales:

1. Está dirigido a personas de edad avanzada que presenten una enfermedad aguda o agudización de alguna de sus condiciones crónicas.
2. Está dirigido a personas con pérdida funcional secundaria a un proceso agudo.
3. Está basado en una intervención clínica multidisciplinar con un fuerte componente rehabilitador.
4. La intervención está basada en la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que permite desarrollar un plan de trabajo individualizado en función de las características de la persona y su situación de salud. La primera unidad de HAD se implementó en 2018, en la zona IAS Nord de Barcelona y, siguiendo los cuatro principios establecidos, se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- 1) Personas de edad avanzada que estén pasando por un proceso: orto geriátrico (fracturas de cadera, fracturas de pelvis, recambios de prótesis, etc.), neuro rehabilitador (post-ictus), post quirúrgico en general, agudización de patología crónica (insuficiencia cardiaca, enfermedad

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



pulmonar crónica, mal control del dolor, etc.) o un proceso agudo (COVID-19, procesos infecciosos) que ha comportado una pérdida de capacidad funcional;

2) Estabilidad clínica para estar en el domicilio;

3) Disponibilidad de una persona cuidadora 24 h con capacidad y compromiso para asumir las curas en el hogar;

4) Aceptar formar parte del programa (consentimiento informado)

- Criterios de exclusión:

1) Inestabilidad clínica o necesidad de pruebas complementarias diagnósticas imposibles de realizar en el domicilio En la actualidad, el programa de HAD del PSPV cuenta con tres equipos que brindan atención sanitaria a las personas mayores del AIS Nord y AIS Esquerra de Barcelona con la siguiente cartera de servicios: - Tratamiento endovenoso y nebulizador a domicilio - Pruebas complementarias: laboratorio general y de microbiología, ECG y Rx simple - Tratamiento rehabilitador: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia La primera visita se realiza 24 h después del alta hospitalaria (step down) o la aceptación del ingreso (step up) para establecer objetivos, diseñar el plan terapéutico individualizado y consensuar las visitas en función de las necesidades de cada caso. Desde la puesta en marcha en 2018, y tras el inicio de la actual pandemia por COVID-19 la actividad de la unidad se ha visto incrementada, aumentado su capacidad de 15 a 45 camas virtuales, pasando de atender unos 10 casos mensuales (un equipo) en 2020 a más de 30 (3 equipos) a finales del 2021. El 52% de los pacientes son admitidos desde de hospital de agudos, el 15% de atención intermedia y el 32% de atención primaria. El tiempo aproximado del seguimiento a cargo del equipo de HAD es de 35 días, tras lo cual se intenta vincular el seguimiento con los diferentes dispositivos disponibles en la comunidad, ya que más del 70% de las personas son dados de alta a su domicilio.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. La pandemia ha marcado un antes y un después en la tipología de las personas que ingresan en el HAD, por lo que se ha considerado oportuno el resultado en términos de mejora funcional

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



en las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel) y mortalidad. Durante los primeros meses de pandemia, cuando creció desmesuradamente la demanda de atención hospitalaria debido a la COVID-19, el HAD fue capaz de absorber parte de esta demanda y reaccionar de forma flexible a los cambios en el case-mix en ambos procesos (step up y step down). Con el tiempo la proporción de pacientes derivados directamente desde atención primaria (step up), evitando completamente el ingreso hospitalario, ha aumentado progresivamente. Con ello, a pesar de atender cada vez pacientes más complejos, los resultados se han mantenido con mejoras en el índice de Barthel y tasas de mortalidad equivalentes a los niveles pre-pandemia (diferencia ajustada de -0,94, $p=0,149$; y $OR=2.26$; $IC95\%$: 0.75-6.85; respectivamente). ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? El HAD es una unidad viable para pacientes hemodinámicamente estables que no necesitan recursos intensivos de diagnóstico o tratamiento y que cuentan con un cuidador que puede asumir la responsabilidad de algunas tareas asistenciales. Nuestra experiencia demuestra, en un grupo grande de pacientes, que el HAD en su modalidad de rehabilitación geriátrica es un modelo de atención factible, seguro y suficientemente flexible para adaptarse a circunstancias adversas como es el contexto de pandemia. Representa una poderosa evolución de la atención geriátrica tradicional y una valiosa alternativa a la hospitalización convencional para los sistemas de salud.

PROPUESTAS DE MEJORA

Abogamos por más investigación empírica de este modelo de atención, que permitan realizar una evaluación de los resultados frente al Objetivo Cuádruple (mejorar los resultados de salud, mejorar la experiencia de pacientes y cuidadores, reducir los costes de la atención, y mejorar la experiencia de profesionales) [8]. A partir de esta primera experiencia prevemos mejorar la implementación del modelo mediante estrategias de evaluación que favorezcan el benchmarking y la mejora continua:

1. Evaluación de resultados del HAD y su coste-efectividad en comparación con la hospitalización convencional.
2. Búsqueda sistemática de instrumentos de medida de resultados reportados por los pacientes (PROMs) adecuados para personas mayores.
3. Actividades de co-diseño con usuarios, cuidadores, profesionales y decisores para definir indicadores de resultado centrados en la persona (basados en PROMs) y de experiencia (PREMs) adecuados para la evaluación del HAD.
4. Incorporación de los indicadores en una plataforma para la monitorización remota de resultados de pacientes atendidos en el HAD.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. 'Ageing in Place'? Exploring Elderly People's Housing Preferences in Spain. Urban Stud [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2020 Jun 11];46(2):295–316. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042098008099356>
- de Carvalho IA, Epping-Jordan JA, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bull World Health Organ [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Jun 11];95(11):756–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29147056/>
- Mäkelä P, Stott D, Godfrey M, Ellis G, Schiff R, Shepperd S. The work of older people and their informal caregivers in managing an acute health event in a hospital at home or hospital inpatient setting. Age Ageing. 2020 Aug 24;49(5):856–64.
- Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. J Gen Intern Med [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 May 26];37(3):637–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363185/>
- Federman AD, Soones T, DeCherrie L V., Leff B, Siu AL. Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. JAMA Intern Med [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2022 May 26];178(8):1033–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946693/>
- Shepperd S, Ellis G, Schiff R, Stott DJ, Young J. Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons? Ann Intern Med [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 May 26];174(11):1633–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781721/>
- Langhorne P, Baylan S, Trialists ESD. Early supported discharge services for people with acute stroke. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2017 Jul 13 [cited 2022 May 26] 7(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703869/>
- Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ Qual Saf 2015;=:1-3

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 8

PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Servicios Centrales del SES

Extremadura. Badajoz

Autor/es: Ignacio Torres Solís, Laura Gragera Becerra, Esther M^a Rebollo Higuero, Nuria Paniagua Paredes

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica: Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Trabajo Social)

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Desde el Servicio Extremeño de Salud creemos que hay que posibilitar que las personas con problemas de salud mental puedan participar en la toma de decisiones implicadas en el ejercicio de sus derechos, acogiéndonos a la actitud proactiva de las personas implicadas en los procesos de salud y las recomendaciones de no hacer. Por ello, esta página web pretende ser un impulso para dicha tarea. Un punto de partida y a la vez de encuentro desde donde sensibilizar y concienciar sobre la ganancia que supone para todas las personas trabajar desde un enfoque centrado en la persona, en el que se tienen en cuenta las opiniones de todas las personas participantes. La dignidad de todos como principal objetivo a todos los niveles. El enfoque basado en derechos humanos sirve para garantizar que la dignidad de la persona esté en el centro de las políticas y de la toma de decisiones a todos los niveles. Es especialmente importante cuidar estas recomendaciones de no hacer en grupos de población con mayor riesgo de marginación, exclusión y discriminación, como puede ser el caso de personas con problemas de salud mental. Todos los derechos humanos protegidos por la ley, deben ser respetados, protegidos y cumplidos. Un enfoque basado en derechos humanos requiere el reconocimiento de los derechos como derechos jurídicamente exigibles, vinculados a las leyes nacionales e internacionales. Solamente desde el conocimiento de estos derechos, las personas (profesionales, pacientes, familiares, etc.) pueden garantizarse las recomendaciones de no hacer.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

El proyecto consiste en la realización y difusión de una página web: <https://importas.org/> (iniciativa IMPORTAS de la Red de Salud Mental de Extremadura). Con esta página web las recomendaciones de no hacer y la promoción de buenas prácticas, se conseguirían a través de objetivos como los que siguen:

- Promover los principios que rigen el Enfoque basado en Derechos.
- Proveer de información sobre trabajo que puede realizarse desde la atención AMBULATORIA y la atención HOSPITALARIA para mejorar los derechos humanos en Salud Mental.
- Evitar internamientos involuntarios proporcionando información sobre la normativa y requisitos necesarios para el internamiento involuntario. -Promover la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, como herramienta personal de apoyo para la protección de la autodeterminación concretando aspectos a cuidar en la atención referida a la persona y favoreciendo las recomendaciones de no hacer en salud mental. Es una herramienta que se materializa en un documento de utilidad tanto para la persona con un problema de Salud Mental como para su familia y profesionales, tanto de referencia, como quienes pudieran tener implicación en su atención en momentos concretos.
- Evitar la estigmatización, derribando mitos en Salud Mental y fomentando la participación de las personas usuarias de servicios de salud mental. -Garantizar la participación de pacientes con proyectos como el que se presenta, en cuya elaboración han participado personas usuarias de servicios de la Red de Salud Mental de Extremadura.
- Garantizar un proceso de participación y buenas prácticas a través de la realización de encuestas <https://importas.org/acceso-encuestas/> que quedan registradas en una base de datos.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Cuestionarios decepcionados a través de la página web <https://importas.org/>

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Una de los aprendizajes más apasionantes de este proyecto ha sido la gratitud manifestada por los profesionales y pacientes que han colaborado, así como el enriquecimiento de la experiencia. La página web ha fortalecido la idea que ya teníamos de que las personas usuarias han de estar cada vez más presentes en el diseño de los servicios, pues nos ayuda a fortalecer las buenas prácticas que ya se hacen.

PROPUESTAS DE MEJORA

Creemos que el proyecto es ampliable con la información que se consiga de los cuestionarios de la página web, que pueden realizar tanto profesionales, pacientes como familiares, de forma que mejoren nuestras recomendaciones de no hacer y prácticas menos buenas de épocas anteriores. Esa información nos definirá qué necesidades quedan aún por cubrir.

OBSERVACIONES

La página web está dirigida a pacientes, profesionales y familiares/allegados (aunque no lo permitía la pestaña anterior "público al que se dirige"), esta web <https://importas.org/> se enmarca en una línea de trabajo más amplia centrada en la búsqueda de servicios sanitarios más participativos, buscando siempre más beneficios que efectos no deseados, priorizando las necesidades de cada persona y sus valores. Se ha rellenado la provincia, pero el proyecto es de carácter autonómico

PROYECTO 9

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Agustín Urrutia, Pere Tudela, Lola Álamo en nombre del Comité MAPAC del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La idea de que en medicina hacemos demasiadas cosas que no aportan valor para el paciente va calando cada vez más entre los profesionales, y con esto los conceptos de sobretratamiento, sobrediagnóstico, sobreutilización, prácticas revocables (medical reversals), e inadecuación, asumiendo la idea de que este tipo de práctica de la medicina pone al paciente en peligro y supone, además, un gasto excesivo o innecesario. El concepto de adecuación se refiere a la buena relación entre beneficio y riesgo que tiene que tener cualquier prestación clínica para aportar valor al paciente. Por el contrario, la inadecuación reduce la eficiencia de las prácticas médicas, compromete la seguridad del paciente y supone un dispendio económico.

En 2012 el American Board of Internal Medicine (ABIM) lanzó la iniciativa Choosing Wisely con la intención de ir proporcionando información tanto a los médicos como a los pacientes sobre las prácticas médicas más apropiadas y acercar a estos dos agentes principales con la idea de progresar hacia la toma de decisiones compartidas. Desde entonces han sido muchas organizaciones o sociedades científicas, tanto internacionales como nacionales, las que han lanzado iniciativas similares con el mismo objetivo, destacando entre las de más calidad las recomendaciones Do not do de la NICE, Less is more de JAMA, Too much medicine del BMJ, No hacer de SEMFyC, el Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas del Ministerio de Sanidad o Essencial de CatSalut. A pesar de la diseminación del concepto y de la aparición de estas iniciativas su conocimiento no ha llegado bien a los profesionales, puesto que, según algunos estudios, solo el 20-40% de los profesionales, después de 5 años de la puesta en marcha de algunas inactivas, admiten conocerlas. Por lo tanto, que estas ideas consigan llegar al profesional es el reto más importante al que se enfrentan las iniciativas de mejora de la adecuación. Y para conseguirlo se ha aconsejado la instauración de proyectos locales. Así, y para acercar estas ideas a los profesionales, se han puesto en marcha algunas iniciativas hospitalarias, algunas de ellas integradas en el Programa de Epidemiología Clínica del CIBERESP, caso del hospital de Sant Pau o del Valle Hebrón, entre otros.

El Comité de mejora y adecuación de la práctica asistencial y clínica (MAPAC) es una iniciativa que busca, a través de la identificación de prestaciones potencialmente inadecuadas (procedimientos diagnósticos o terapéuticos, prácticas clínicas, curas, circuitos asistenciales, etc.) y la formulación de recomendaciones y propuestas de acción, reducir la inadecuación y la variabilidad de la práctica clínica.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

En nuestro centro, a principios del año 2020 el comité directivo aprobó la creación de un grupo de trabajo de mejora de la adecuación de la práctica asistencial y clínica (MAPAC), que más tarde, por razones organizativas y de funcionamiento, se transformó en un comité. El comité MAPAC se formó, bajo la dependencia de la Dirección Asistencial con la siguiente composición: el presidente (un clínico), la vicepresidenta (una epidemióloga), el secretario (también clínico) y 15 vocales, con representación de las principales áreas asistenciales del hospital (radiología, laboratorio, farmacia, farmacología clínica, área quirúrgica, área médica, pediatría, ginecología-obstetricia, oncología, 2 MIR, 2 enfermeras, la directora de calidad y un economista de la salud) Se realizaron sesiones de presentación del comité en los distintos servicios del hospital con el fin de dar a conocer la iniciativa. Ese momento se aprovechó para realizar una encuesta a los profesionales con el fin de conocer los conocimientos que tenían sobre estas iniciativas. El comité MAPAC se reúne una vez al mes. En estas reuniones se presentan las nuevas preguntas clínicas propuestas y se discuten las recomendaciones elaboradas. Estas recomendaciones se ponen a disposición de los profesionales, una vez aprobadas, en la página que tiene el comité en la intranet del hospital. El formato de las recomendaciones incluye una ficha breve y una extensa y, en ocasiones, un video divulgativo. La difusión de las recomendaciones del comité se realiza vía: sesiones hospitalarias, Semanario del hospital, mailing a todos los profesionales, incluidos residentes y personal en formación, el Instagram del hospital y la Intranet. Hasta la fecha, el comité MAPAC del Hospital Germans Trias ha elaborado 15 recomendaciones en las que se ha contado con la participación de 18 servicios y comités del hospital.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 0

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 0

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Número de reuniones anuales del Comité MAPAC.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Importancia de la formación a los servicios del hospital. Se ha completado la formación al 60% de los servicios del hospital. Necesidad de difusión para el conocimiento de todos los

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



profesionales. Para ello, se ha creado un mail institucional propio del comité y se hace difusión periódica a través del Instagram del hospital. Colaboración estrecha con sistemas de información, comunicación y calidad asistencial. Necesidad de impulsar la participación de los especialistas en formación (incorporación al comité, sesiones de residentes, sesiones de acogida a los nuevos residentes y colaboración con los tutores) El comité participa en la red MAPAC interhospitalaria encabezada por el Hospital de Sant Pau de Barcelona

PROPUESTAS DE MEJORA

Realizar formación permanente con los servicios. Difundir las recomendaciones a los comités directivos. Evaluar las recomendaciones añadiendo la evaluación económica.

BIBLIOGRAFÍA

- Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. Lancet. 2017;390:169-177 Bolton-Maggs PHB.
- Bullet points from SHOT: Key messages and recommendations from the annual SHOT report 2013.
- Transfus Med. 2014;24(4):197-203 Herrera-Perez D, Haslam A, Crain T, et al. A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals.
- Elife. 2019;8. doi:10.7554/elife.45183 Colla CH, Mainor AJ.
- Choosing Wisely campaign: Valuable for providers who knew about it, but awareness remained constant, 2014-17.
- Health Aff. 2017;36(11):2005-2011 Almazán C., Moharra, M., Caro Mendivelso J., Ramírez A., Carrillo Aguirre G., Baijet J., Dordas A., Vilarasau N., Parameswaran L., Herczeg L.. Salut Participativa per una atenció centrada en el valor. Guia per a la implementació de projectes d'atenció sanitària basada en el valor.
- Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 10

FARMASTOCK: HERRAMIENTA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS DE ALTO IMPACTO ECONÓMICO CON PREVISIÓN DE CADUCIDAD

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de farmacia hospitalaria.

HOSPITAL DE LA LINEA

Andalucía. Cádiz

Autor/es: Myriam Gallego Galisteo

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Farmacia Hospitalaria

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo del proyecto Farmastock es mejorar la gestión de medicamentos hospitalarios de alto costo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a través de una herramienta online que permite la conexión entre hospitales. Esta estrategia busca garantizar la sostenibilidad del sistema de salud al ahorrar costos y evitar la adquisición de medicamentos que ya están disponibles en otros centros de la red sanitaria y que no están siendo utilizados. Con esta herramienta de interconexión, se mejoran los canales de comunicación entre los hospitales, lo que permite acceder a información actualizada y ahorra tiempo y costes en la gestión de recursos farmacéuticos.

PUESTA EN MARCHA

Farmastock es una herramienta tecnológica que pretende mejorar la eficiencia de la gestión de medicamentos hospitalarios de alto coste en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Permite a los hospitales conocer en tiempo real la disponibilidad de medicamentos en otros centros, evitando adquisiciones innecesarias. Farmastock fue diseñado en Julio de 2019 como una herramienta online de acceso identificado que funcionaba con un repositorio de medicamentos de alto coste sin previsión de consumo y alta probabilidad de caducidad. Esta versión fue pilotada en 5 hospitales públicos de la misma provincia. En abril 2022, con más de 800.000€ de ahorro, comenzó la expansión a otros hospitales públicos del mismo sistema autonómico de salud, hasta un total de 29 hospitales en septiembre de 2023. Desde su pilotaje en 2019 hasta abril de 2023, Farmastock ha logrado un ahorro económico significativo de más

39

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



de 2,5 millones de euros. Actualmente, se está trabajando en una nueva versión de Farmastock integrada con la aplicación corporativa de gestión de farmacia hospitalaria basada en inteligencia artificial que sea capaz de prever caducidades y consumos de medicamentos hospitalarios de alto impacto con tendencia de consumo variable, aumentando potencialmente el rendimiento de la herramienta y minimizando los errores humanos en el proceso de optimización.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 1

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 0

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

- Importe de medicamentos caducados/centro-año
- Importe de medicamentos optimizados*/centro-año (*) Medicamentos optimizados: Medicamentos no alta probabilidad de caducidad en un centro hospitalario del SSPA que ha sido trasladado a otro centro hospitalario del SSPA para su consumo.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

- Mejora en la gestión de medicamentos de alto costo: Farmastock ha demostrado ser una estrategia efectiva para optimizar la gestión de medicamentos hospitalarios de alto costo. Al interconectar hospitales y evitar adquisiciones innecesarias, se logra un uso más eficiente de los recursos y se garantiza la sostenibilidad del sistema de salud.
- Desarrollo de una herramienta que permite la interconexión de todos los centros hospitalarios de un mismo sistema sanitario autonómico con las siguientes ventajas:
 - Eficacia de la comunicación entre los centros.
 - Acceso rápido a información actualizada.
 - Reducción de errores y duplicidades de la actividad de gestión.
 - Ahorro de tiempo y recursos.
 - Mejora en la planificación y toma de decisiones
- Generación de ahorros económicos significativos: La implementación de Farmastock ha generado un ahorro económico considerable, alcanzando la cifra de 2.822.275,30 € para

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



el sistema autonómico de salud. Esto demuestra el impacto positivo de la herramienta en la reducción de costos asociados a la adquisición de medicamentos innecesarios. 4. Enfoque en medicamentos de alto impacto y consumo variable: Farmastock ha sido especialmente efectivo en la gestión de medicamentos con alta inestabilidad clínica y consumo variable. Los medicamentos antineoplásicos, inmunomoduladores y hemostáticos han representado una parte significativa del ahorro generado, lo que destaca la importancia de abordar de manera eficiente los tratamientos de patologías con características específicas.

- Análisis de costo-efectividad: La evaluación del impacto y la efectividad de Farmastock se realizó a través de un análisis de costo-efectividad. Este enfoque permitió cuantificar los beneficios económicos y la eficiencia de la herramienta, brindando información valiosa para respaldar la toma de decisiones futuras.

PROPUESTAS DE MEJORA

El siguiente paso en el proyecto Farmastock es la implementación de una nueva versión basada en inteligencia artificial. Esta versión mejorada tendrá la capacidad de prever caducidades y consumos de medicamentos con tendencia de consumo variable, lo que aumentará el rendimiento de la herramienta y minimizará los errores humanos en el proceso de optimización.

OBSERVACIONES

En este proyecto participan farmacéuticos hospitalarios de 29 centros hospitalarios del SSPA de forma voluntaria por el objetivo común de contribuir en la sostenibilidad del sistema sanitario público.

BIBLIOGRAFÍA

Galisteo MG, Puerto JR, Bautista MJ, Navarro JD, Elcuaz RS, Galisteo JG, Rubio AV, de Juan MD, Andrades AG, Cantero MD, Morales JC. Design and implementation of an online tool for managing the availability of high-cost perishable medicines. *Drugs & Therapy Perspectives*. 2022 Sep;38(9):406-15.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 11

DECÁLOGO DE NO HACER EN LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de farmacia hospitalaria.

Hospital Tortosa Verge da Cinta

Cataluña. Tarragona

Autor/es: Ruben Iglesias Gomez, Esther Julian Avila

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Otros (Fundaciones, colegios profesionales, sociedades científicas...)

Área de especialidad médica: Todas las especialidades están implicadas

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Un mes

Objetivo y necesidad que cubre: Objetivo: Evitar los errores de medicación; relacionados con la aparición de eventos adversos en los pacientes y aumento de la mortalidad Necesidad: Aumentar la difusión y concienciación en la población y profesionales sanitarios respecto a la seguridad de los pacientes en el ámbito del medicamento

PUESTA EN MARCHA

Consiste en elaborar un decálogo de Prácticas a NO HACER respecto a cualquier etapa del circuito del medicamento: prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento. Este decálogo se elabora y se difunde mediante medios electrónicos y en papel en el entorno hospitalario y atención primaria de manera que profesionales, pacientes y cuidadores tengan acceso a esta información.

Decálogo:

- NO identificar a los pacientes mediante ubicación o solamente nombre. Emplear siempre 2 sistemas identificativos (p. ej nombre y número de historia)
- NO realizar órdenes médicas de manera verbal en situaciones no urgentes. Emplear siempre los sistemas de prescripción electrónica disponibles y transferir información en medios escritos (no manuscritos). Limitar el uso de abreviaturas.
- NO recibir medicación sin comprobar la dispensación. Siempre que se forme parte de la trazabilidad del medicamento y hasta que llega al paciente, es necesario conocer el medicamento que se recibirá y revisar que la dispensación es correcta.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- NO realizar traslados sin conocer las prescripciones activas. Cada vez que se realice una transición asistencial (p. ej altas o ingresos) se debe conocer los medicamentos activos, los cambios y las discontinuaciones.
- NO ocultar los errores de medicación. La notificación de errores de medicación es la mejor manera disponible de establecer medidas preventivas que disminuyan los eventos adversos medicamentosos en los pacientes
- NO desempeñar actividades relacionadas con medicamentos sin garantizarse que la lectura y comprensión es correcta. Leer tres veces antes de administrar o dispensar cualquier medicamento, sobre todo en el caso de medicamentos de alto riesgo, isoaparentes o con nombres similares
- NO preparar o dispensar medicamentos sin realizar doble check. Cada vez que se vaya a manipular un medicamento de alto riesgo es necesario realizar una comprobación por una persona diferente a la elaboradora/preparadora.
- NO asumir que el paciente conoce el medicamento prescrito. Preguntar siempre a los pacientes si tienen alguna duda respecto a su medicación y transmitirle la información más relevante. Se pueden emplear dípticos u otra información escrita para favorecer su comprensión.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Encuestas de opinión a los profesionales y feedback de charlas dirigidas a pacientes y cuidadores

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lecciones: La seguridad del medicamento es una responsabilidad de todas las personas implicadas y todas las campañas que se realicen al respecto irán en beneficio de los pacientes y de la organización Cambios: La implantación ha servido para replantearse procesos internos y mejorarlos desde el punto de vista de la seguridad del paciente Logros: Empoderamiento de profesionales sanitarios y pacientes en el objetivo de disminuir los errores de medicación sobre

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



los pacientes y las terceras víctimas. Conclusiones: Las estrategias de NO HACER tienen impacto en cualquier proceso sanitario y sirven para afianzar las bases de la transparencia y seguridad clínica, con potencial beneficio en la eficiencia y confianza en el sistema.

PROPUESTAS DE MEJORA

Favorecer la difusión a los agentes a los que no se ha accedido con la estrategia de difusión electrónica y papel. Muchos pacientes, cuidadores y profesionales tienen disponible la información, pero en ocasiones satura o sienten que no forman parte de estas campañas. Acceder a estas personas sería fundamental, ya que es probable que sea el perfil de mayor riesgo por falta de formación e implicación. Conseguir recursos para formación acreditada respecto a la seguridad del medicamento o beneficios a los pacientes más implicados podría ser una de las estrategias a llevar a cabo para conseguirlo.

OBSERVACIONES

La seguridad del medicamento impacta en todos los ámbitos del sistema de salud, por lo que realizar campañas en este sentido tendrá un impacto multiplicado, en beneficio de la seguridad clínica y el bienestar poblacional

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. "NO HACER" en Farmacia Hospitalaria. file:///C:/Users/39457574Q/Downloads/art%C3%ADculo-1-monograf%C3%ADa-8%20(1).pdf
- ISMP España. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero06.pdf>
- 3. Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico de Salud y Medioambiente 2022 - 2026.
- https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121_PESMA.pdf

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 12

ALGOPROMIA: IMPLEMENTACIÓN DE MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DE RESULTADOS DE PROS EN LA ESTRATEGIA 'NO HACER' PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN VALOR.

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de farmacia hospitalaria.

Farmacia Hospitalaria

Islas Baleares. Baleares (Illes)

Autor/es: Pere Ventayol, Bosch, Gabriel Mercadal Orfila, Maria Antonia Maestre, Joaquin Serrano, Laura Anoz, Francisco Fernandez y Salvador Herrera

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Farmacia Hospitalaria

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Objetivo: El principal propósito de ALGOPROMIA es desarrollar y validar una metodología basada en técnicas avanzadas de Machine Learning para predecir con precisión las puntuaciones de cuestionarios PRO/PRE. Estas puntuaciones, que reflejan directamente las percepciones y experiencias de los pacientes con respecto a su salud, tratamiento y cuidado médico, son cruciales para evaluar la calidad y eficacia de las intervenciones médicas desde una perspectiva centrada en el paciente. Necesidad que Cubre: En el panorama actual de la atención sanitaria, hay un creciente reconocimiento de la importancia de adoptar un enfoque basado en valor, que busca equilibrar costos, resultados y experiencias del paciente. La estrategia "NO HACER" emerge como una de las piedras angulares de este enfoque, alentando la evitación de intervenciones médicas innecesarias que no aportan valor real al paciente y que pueden llevar a gastos ineficientes y resultados subóptimos. ALGOPROMIA quiere contribuir a la estrategia NO HACER proporcionando herramientas analíticas que pueden predecir y, por lo tanto, guiar de manera proactiva las decisiones clínicas basándose en las autopercepciones reportadas por los pacientes.

PUESTA EN MARCHA

El proyecto ALGOPROMIA, es un proyecto pionero en la predicción de puntuaciones de cuestionarios PRO/PRE mediante técnicas de Machine Learning, impulsado por la comunidad NAVETA. Tras la reunión del Comité Científico de NAVETA, celebrada en Palma en junio de 2023,

45

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



se estableció como uno de los objetivos primordiales en la hoja de ruta de NAVETA para los próximos años, el impulso y la implementación de modelos predictivos sustentados en técnicas de aprendizaje automático. Esta decisión se fundamenta en la rica información acumulada dentro del ámbito de la telemedicina. Dichos modelos contribuirán a desvelar relaciones y tendencias subyacentes en los conjuntos de datos de pacientes, optimizando así la toma de decisiones clínicas y reforzando la atención personalizada preventiva en el dominio de la telemedicina. En este escenario surge ALGOPROMIA, cuyo objetivo específico es desarrollar un modelo predictivo apoyado en algoritmos de Aprendizaje Automático para prever valores PRO/PRE utilizando las fortalezas actuales de la Comunidad NAVETA: Infraestructura tecnológica, Comité científico, datos de más de 3.500 pacientes crónicos en seguimiento y las técnicas de Machine Learning.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

IMPACTO: RELEVANCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL Más allá de las ventajas operativas y económicas de propio uso de los cuestionarios PRO/PRE, proyectos como ALGOPROMIA tienen un potencial impacto en la práctica clínica. No solo refinando el proceso de toma de decisiones médicas, sino que también se enfatiza y prioriza la voz del paciente. Estamos convencidos de que esta combinación de técnicas de Machine Learning y métricas como los cuestionarios PRO/PRE impulsará una atención más personalizada, informada y alineada con los valores y expectativas del paciente, sentando las bases para un sistema de salud más humano y eficiente. (Ver documento adjunto) **CAMBIOS Y MEJORAS IMPORTANTES** Con la incorporación de técnicas de Machine Learning en el proyecto NAVETA, se pretenden promover varios cambios y mejoras esenciales:

1. Optimización del análisis de datos: La implementación de algoritmos de aprendizaje automático permitirá un análisis más profundo y rápido de los datos, lo que facilitará la

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



identificación de tendencias y patrones complejos que antes podrían haber sido pasados por alto.

2. Personalización de la atención: Gracias al Machine Learning, será posible prever con mayor precisión las necesidades específicas de los pacientes, lo que permitirá una atención más individualizada y un tratamiento más ajustado a sus particularidades.

3. Mejora en la eficiencia: La capacidad de predecir con precisión las puntuaciones PRO/PRE reducirá el margen de error en las decisiones clínicas y ha optimizará la asignación de recursos, promoviendo la reducción de gastos innecesarios, y potenciando la eficiencia y la mejor asignación de recursos. 4. Actualización constante: Con la adición del Machine Learning, el sistema se beneficia de la capacidad inherente de estos algoritmos para "aprender" constantemente, adaptándose y mejorando con cada nuevo conjunto de datos ingresado.

5. Mejora en la formación del equipo: La integración del Machine Learning ha requerido una capacitación y actualización constante del equipo multidisciplinario, elevando el nivel de expertise en el manejo de técnicas avanzadas de análisis de datos.

PROPUESTAS DE MEJORA

Nuestros resultados, aunque prometedores, son preliminares y subrayan la necesidad de una investigación más profunda sobre el comportamiento del modelo. Es esencial considerar tanto el estudio teórico del modelo como la adquisición de más datos para garantizar una comprensión más holística. En particular, queremos enfatizar la importancia de realizar más pruebas y expandir nuestra base de datos con un mayor número de pacientes. La consolidación de estos hallazgos requerirá un análisis más detallado y riguroso en etapas futuras de investigación. De forma concreta se prevén dos acciones esenciales. 1. El incremento de la cohorte NAVETA es una de nuestras prioridades actuales. Para conseguir un mayor reclutamiento de pacientes, estamos colaborando estrechamente con diversos profesionales clínicos. Estos expertos, que forman parte del Comité Científico de NAVETA o bien son invitados a unirse, jugarán un papel crucial en liderar esta fase de expansión de la cohorte NAVETA. 2. Paralelamente, es imperativo seguir investigando y perfeccionando el diseño del algoritmo más óptimo para nuestras necesidades. Buscamos un modelo que maximice la captura de la varianza en los datos, lo que se traduce en predicciones de mayor calidad por cuestionario. 3. Colaborar en iniciativas para compartir datos en Open acces, para compartir datos y conocimiento. (Ver documento adjunto).

BIBLIOGRAFÍA

- European Commission. Defining Value in Value-Based Healthcare. [Internet]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Medicine Clinical Practice. AMA Press, EE.UU. 2002
- Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21142528.
- Gentry S, Badrinath P. Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. Cureus. 2017 Mar 6;9(3):e1079. doi: 10.7759/cureus.1079. PMID: 28405529; PMCID: PMC5383371.
- Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. Nurs Forum. 2017 Oct;52(4):377-386. doi: 10.1111/nuf.12207. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28407249; PMCID: PMC5640472. 6. Cruz Rivera S, Liu X, Hughes SE, Dunster H, Manna E, Denniston AK, Calvert MJ. Embedding patient-reported outcomes at the heart of artificial intelligence health-care technologies. Lancet Digit Health. 2023 Mar;5(3):e168-e173. doi: 10.1016/S2589-7500(22)00252-7. PMID: 36828609.

PROYECTO 13

EL PACIENTE COMO ALIADO DEL "NO HACER": ESTRATEGIA DE ABORDAJE SANITARIO BASADO EN VALOR

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de farmacia hospitalaria.

Unidades Pacientes Externos Illes Balears FARUPEIB

Islas Baleares. Baleares (Illes)

Autor/es: Pere Ventayol, Bosch, Gabriel Mercadal Orfila, Maria Antonia Maestre, Joaquin Serrano, Laura Anoz, Francisco Fernandez y Salvador Herrera

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Farmacia Hospitalaria

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La necesidad que se ha detectado en el proyecto COMUNIDAD NAVETA y por tanto nuestro objetivo es la de mejorar la atención médica y la gestión de la salud de los pacientes a través de la implementación de la telemedicina y soluciones digitales en el campo de la atención médica. Mediante la Asistencia Sanitaria basada en Valor y las estrategias de "NO HACER", impulsando una medicina basada en valor, utilizando de manera consensuada,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



las herramientas de Patient-Reported Outcomes (PRO) y Patient-Reported Experience (PRE), junto a aplicaciones de Telemedicina.

PUESTA EN MARCHA

La iniciativa COMUNIDAD NAVETA se presenta a los Premios CANOHA como un ejemplo destacado de innovación que busca lograr la excelencia y la mejora continua en la atención médica. En línea con las filosofías "NO HACER" y "RIGHT CARE", NAVETA se enfoca en proporcionar una atención centrada en el valor, involucrando activamente a los pacientes y teniendo en cuenta sus resultados de salud y experiencias. Esta comunidad, impulsada por la Asociación de Farmacéuticos Hospitalarios de las Islas Baleares (FARUPEIB) en colaboración con BiblioPRO, reúne a diversos profesionales de la salud en su Comité Científico. NAVETA ha sido reconocida por su innovación en el campo de la atención médica y su exitosa implementación en hospitales de toda España, demostrando su capacidad de adaptación y escalabilidad. La visión estratégica de NAVETA se alinea con la idea de que el futuro de los sistemas de salud se centra en el paciente y la conectividad digital integral. Se basa en el concepto de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE), que abarca la Medicina Basada en la Evidencia y consideraciones de gestión sanitaria. La ASBE promueve una atención que beneficia a los pacientes, teniendo en cuenta sus circunstancias, valores y perspectivas, respaldada por la mejor evidencia disponible y la integración de las perspectivas de los pacientes a través de Resultados Reportados por el Paciente (PRO) y Experiencia Reportada por el Paciente (PRE). En un entorno de aumento de patologías crónicas y envejecimiento de la población, la digitalización y la incorporación de datos PRO/PRE en la atención médica son esenciales para mejorar los resultados de salud, optimizar los recursos y elevar la calidad de vida de los pacientes.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Si. A través de nuestro cuestionario de SATISFACCIÓN CON NAVETA, llevamos a cabo una monitorización continua de la satisfacción de los pacientes con el programa de telemedicina. ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Dentro del proyecto COMUNIDAD NAVETA, se han aprendido lecciones valiosas que han llevado a importantes cambios y mejoras, y han resultado en notables logros y conclusiones significativas:

Lecciones Aprendidas:

Centrarse en el paciente: La atención centrada en el paciente es fundamental para el éxito de cualquier iniciativa de atención médica. NAVETA ha aprendido la importancia de escuchar a los pacientes, comprender sus necesidades y expectativas, y adaptar sus servicios en consecuencia.

Flexibilidad y Adaptabilidad: La capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y las condiciones del entorno de atención médica es esencial. NAVETA ha aprendido a ser flexible y ágil en su enfoque.

Colaboración Interdisciplinaria: Reunir a diversos profesionales de la salud en el Comité Científico de NAVETA ha demostrado ser beneficioso. La colaboración interdisciplinaria permite un enfoque integral de la atención médica basada en valor.

Cambios/Mejoras Importantes Realizadas:

Mejora Tecnológica: NAVETA ha continuado mejorando su entorno informático, centrándose en la usabilidad y la visualización de resultados tanto para pacientes como para profesionales. Esto ha mejorado la adherencia de profesionales y pacientes.

Medición de la Satisfacción del Paciente: La implementación de un cuestionario de satisfacción con NAVETA ha proporcionado una métrica clave para evaluar la calidad del servicio y ha permitido identificar áreas de mejora.

Logros:

Reconocimiento: NAVETA ha sido reconocida por varias asociaciones españolas como un proyecto innovador destacado, incluyendo el reconocimiento de la SEFH en 2021. Esto subraya el impacto positivo que ha tenido en la atención médica basada en valor en España.

Éxito en la Implementación: NAVETA ha logrado una exitosa implementación en hospitales de diferentes regiones de España, demostrando su capacidad para adaptarse y crecer en diversos contextos.

Conclusiones:

Importancia de la Innovación: La innovación en la atención médica es esencial para abordar los desafíos de la atención médica actual. NAVETA ha demostrado que la innovación puede tener un impacto significativo en la mejora de los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes.

Atención Centrada en el Paciente: Colocar al paciente en el centro de la atención médica es un principio fundamental que debe guiar todas las decisiones y acciones en el campo de la salud.

Uso de Datos PRO/PRE: La incorporación de datos de Resultados Reportados por el Paciente (PRO) y Experiencia Reportada por el Paciente (PRE) puede mejorar la gestión de patologías, reducir complicaciones y optimizar el uso de recursos.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Algunas propuestas de mejora para el proyecto COMUNIDAD NAVETA: Expansión Geográfica: Considerar la posibilidad de expandir la comunidad NAVETA a nivel internacional. Esto podría requerir la adaptación a diferentes idiomas y regulaciones, pero ampliaría el impacto y la influencia del proyecto. Mayor Participación de Profesionales de la Salud: Fomentar la participación activa de un mayor número de profesionales de la salud en el Comité Científico de NAVETA. Esto podría lograrse a través de campañas de reclutamiento y colaboraciones con asociaciones médicas.

Educación Continua: Ofrecer programas de educación continua y capacitación para profesionales de la salud y pacientes en el uso efectivo de las nuevas tecnologías y la interpretación de datos PRO/PRE. **Ampliación de Servicios:** Evaluar la posibilidad de expandir los servicios ofrecidos por NAVETA para abordar una gama más amplia de condiciones médicas y necesidades de atención.

Evaluación Continua de Satisfacción: Mantener una evaluación continua de la satisfacción del paciente y utilizar los resultados para realizar mejoras específicas en la plataforma y los servicios.

Investigación Continua: Fomentar la investigación constante sobre la eficacia y los resultados de NAVETA en términos de mejora de la salud de los pacientes, reducción de costos y satisfacción del paciente.

Promoción Activa: Continuar promocionando activamente el proyecto y sus logros a través de medios de comunicación, conferencias y eventos de la industria médica.

Integración con Sistemas de Salud: Buscar oportunidades para integrar NAVETA de manera más profunda en los sistemas de salud existentes, lo que podría requerir colaboraciones con entidades gubernamentales y hospitales.

Desarrollo de Aplicaciones Móviles: Considerar el desarrollo de aplicaciones móviles que faciliten aún más la interacción de los pacientes y profesionales de la salud con la plataforma NAVETA.

Medición de Impacto Económico: Realizar un análisis más detallado del impacto económico de NAVETA, incluyendo ahorros específicos en costos de atención médica y recursos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1 Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. Health Aff (Millwood). 2009 Jul-Aug;28(4):w555-65. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555. Epub 2009 May 19. PMID: 19454528. 2 Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21142528. 3 European Commission. Defining Value in Value-Based Healthcare. [Internet]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 14

GERIATRÍA TRANSVERSAL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Raquel Ramírez Martín, Coro Mauleón Ladrero, Rocío Menéndez Colino, Isabel Martín Maestre, Victoria Déniz González, Juan Ignacio González Montalvo

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Como consecuencia del envejecimiento poblacional y de la gran carga de comorbilidad que soporta la población anciana, los hospitales atienden a una proporción cada vez más elevada de pacientes de edad muy avanzada. En el año 2019, en nuestro país, los mayores de 75 años supusieron el 30% de los ingresos y el 40% de las estancias hospitalarias. Por ello, la presencia de pacientes muy mayores es cada vez más frecuente en la mayoría de las especialidades. Las decisiones clínicas en estos pacientes son muy complejas debido a que la heterogeneidad es enorme en ellos (junto a personas robustas, con buen nivel de reserva o capacidad intrínseca funcional y cognitiva, hay otras con características que les hacen más vulnerables, debido a la presencia de comorbilidad o de síndromes geriátricos, entre los que destacan los problemas nutricionales, la polifarmacia y, especialmente, la fragilidad). Asimismo, la respuesta ante los procedimientos es menos previsible y el manejo es más complejo que a otras edades, por lo que el abordaje debe ser multidimensional y multidisciplinar. Precisamente este tipo de pacientes son los que más se benefician de la experiencia y conocimientos de la Geriátrica. Múltiples sociedades científicas ya en sus guías clínicas recomiendan la valoración geriátrica integral (VGI) y la detección de la fragilidad para identificar la vulnerabilidad en las personas mayores con cáncer y neoplasias hematológicas, en las que padecen valvulopatías y otras enfermedades cardíacas o en las que van a ser sometidas a intervenciones quirúrgicas, siguiendo un modelo multidisciplinar como el del ejemplo, pionero, exitoso y ya establecido de la ortogeriatría. Lo que conocemos como "Geriátrica Transversal", es la ampliación de la Geriátrica fuera de sus unidades habituales, trasladando y aplicando los principios de la medicina geriátrica con un enfoque multidisciplinar al terreno de otros servicios que atienden a pacientes muy mayores y frágiles con enfermedades graves, con

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



el objetivo de ofrecer una atención centrada en la persona y aportar mejoras en su manejo integral.

PUESTA EN MARCHA

Realizamos colaboración asistencial con especialidades médicas y quirúrgicas que atienden a pacientes mayores con patología compleja. La colaboración consiste en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en Consulta Externa de Geriátrica por parte de médico y enfermera de pacientes derivados de:

- Oncología Médica y Oncología Radioterápica: pacientes con nuevo diagnóstico oncológico en el que se plantea tratamiento oncoespecífico con quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia.
- Cirugía General: pacientes en los que se plantea cirugía oncológica.
- Cardiología y Cirugía Cardíaca: valoración de pacientes con valvulopatía severa.
- Urología: pacientes con cáncer de próstata avanzado o metastásico.
- Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial: pacientes con cáncer de cabeza y cuello en los que se plantea cirugía oncológica.

Nuestra colaboración en la atención de estos pacientes se puede clasificar en estos puntos:

Valoración exhaustiva individual a través de la VGI: analizando las esferas clínicas, funcionales, cognitivas, nutricionales y sociales del paciente. Además, se analiza el conocimiento del paciente de la enfermedad que presenta, así como del pronóstico y de las alternativas terapéuticas, se valora la calidad autopercibida de calidad de vida, así como prioridades, valores y preferencias del paciente.

Colaboración en el proceso de toma de decisiones: A través de la VGI, el médico geriatra es capaz de clasificar a los pacientes según la presencia o ausencia de fragilidad y en función de su pronóstico vital, ayudando así en el proceso de toma de decisiones dentro de comités multidisciplinarios. Esta clasificación de los pacientes en función de su reserva funcional sigue las recomendaciones de las guías internacionales como la International Society for Geriatric Oncology (SIOG).

Detección y tratamiento de problemas clínicos detectados: la VGI permite detectar síndromes geriátricos y problemas clínicos susceptibles de mejora antes de los tratamientos propuestos. La optimización del paciente durante el periodo previo a tratamientos invasivos ha sido incluida dentro del concepto de prehabilitación. Se realiza una intervención geriátrica individualizada, siendo las intervenciones más frecuentes: revisión y conciliación farmacológica, prescripción de suplementación proteica o proteicocalórica en casos de desnutrición, prescripción de ejercicio físico multicomponente adaptado a la situación de cada paciente (Vivifrail), optimización de la anemia con hierro intravenoso o transfusión de hemoderivados, prescripción de tratamiento antidepresivo, derivación a trabajo social por fragilidad social.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Seguimiento clínico de los pacientes durante y posteriormente a los tratamientos: se realiza seguimiento clínico durante los tratamientos para detectar de manera precoz deterioros clínicos o funcionales asociados y seguimiento de síndromes geriátricos. Además, se analiza la tolerabilidad y efectos secundarios de los tratamientos.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Realizamos el siguiente control de resultados: - Registramos toda la información recogida en la valoración geriátrica, así como la clasificación en función del pronóstico vital. - Registramos la decisión clínica que se realiza de manera multidisciplinar - Recogemos la evolución clínica de los pacientes: efectos secundarios de los tratamientos, tolerabilidad de los mismos y mortalidad a los 12 meses del tratamiento.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Durante el tiempo que lleva en marcha el proyecto hemos aprendido que: - La edad por sí sola no debe liderar la tomar decisiones. Es preciso una valoración geriátrica integral para evaluar de manera exhaustiva a los pacientes y conocer así su reserva vital. - La colaboración del geriatra en la atención de estos pacientes permite ofrecer un tratamiento individualizado a la situación del paciente, mejorar su situación clínica antes de los tratamientos y detectar de manera precoz complicaciones geriátricas asociadas a los mismos. - Es preciso la incorporación de equipos de geriatría dentro de comités multidisciplinarios y en la atención a pacientes mayores con patología compleja.

PROPUESTAS DE MEJORA

Los propósitos futuros son analizar si la colaboración del equipo de geriatría influye en la toma de decisiones clínicas y en la evolución clínica de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Encuesta de morbilidad hospitalaria 2019. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad [consultado Sep 2023]. Disponible en:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=48144&L=0> - Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, Hall WJ. Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Consensus among directors of geriatrics academic programs. J Am Geriatr Soc. 2008;56:1796–801.
- González-Montalvo JI, Raquel Ramírez-Martín, Menéndez Colino R, Alarcón T, Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, et al. Geriátrica transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55(2):84–97. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.011>. - Martínez-Velilla N, Baztán JJ, Sánchez E, Formiga F. Cómo transformar el concepto de fragilidad en intervenciones eficientes: transversalidad y liderazgo de la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52:297–8.
 - Boyle HJ, Alibhai S, Decoster L, Efstathiou E, Fizazi K et al. Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients. European Journal of Cancer.2019;116:116-36
 - Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Jansses-Heinen MLG, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology Consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32:2595–603. - Kundi H, Popma JJ, Reynolds MR, Strom JB, Pinto DS, Valsdottir LR, et al. Frailty and related outcomes in patients undergoing transcatheter valve therapies in a nationwide cohort. Eur Heart J. 2019;40:2231–9.
 - Centre for Perioperative Care. (2021). Guideline for perioperative care for people living with frailty undergoing elective and emergency surgery.
 - Ramírez-Martín R, Pérez-Rodríguez P, Menéndez Colino R, Martín Maestre I, et al. Prehabilitation and perioperative geriatric care in patients aged over 80 years with colorectal cancer: Results of a cross-speciality geriatrics program. Journal of Geriatric Oncology.2022;13(6):813-20.
 - Martínez-Peromingo F. J., Oñoro-Algar C., Baeza-Monedero M. E., Gonzalez de Villaumbrosia C., Real de Asua Cruzat D., Barba Martin R. (2018). Propuesta de desarrollo de una unidad de oncogeriatría. Tiempos de cambio: Nuestra realidad. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 53(3), 149–154. 10.1016/j.regg.2017.10.007
 - Droz JP, Aapro M, Balducci L, Boyle H, van den Broeck T, Cathcart P, et al., Management of prostate cancer in older patients: updated recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. Lancet Oncol. 2014;15:e404–14. - Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schomberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving chemotherapy: ASCO Guideline for geriatric oncology. J Clin Oncol. 2018;36:2326–47.
 - Papamichael D, Audisio RA, Glimelius B, de Gramont A, Glynne-Jones R, Haller D, et al. Treatment of colorectal cancer in older patients: International Society of Geriatric Oncology (SIOG) consensus recommendations 2013. Ann Oncol.2015;26:463–76.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Rosko AE, Olin RL, Artz A, Wildes TM, Stauder R, Klepin HD. A call to action in hematologic disorders: A report from the ASH scientific workshop on hematology and aging. J Geriatr Oncol. 2018;9:287–90. - Hurria A, Wildes T, Blair SL, Browner IS, Cohen HJ, Deshazo M, et al. Senior adult oncology, version 2.2014: Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2014;12:82–126. - Pallis AG, Fortpied C, Wedding U, Van Nes MC, Penninckx B, Ring A, et al. EORTC elderly task force position paper: Approach to the older cancer patient. Eur J Cancer. 2010;46:1502–13. - López Arrieta JM, de Paz R, Altés A, del Cañizo C. Síndrome mielodisplásico en el paciente mayor: valoración geriátrica integral y recomendaciones terapéuticas. Med Clin (Barc). 2012;138:119, e1-119.e9.
- Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Thorac Cardiovasc Surg. 2014;148:e1–132.
- Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, de Bonis M, Hamm C, Holm PH, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2018;71:110.
- Ungar A, Schoenenberger A, Maggi S, Martinez-Selles M, Michel JP. The value of comprehensive geriatric assessment in elderly patients with severe aortic stenosis – a position statement of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). Eur Geriatr Med. 2015;6:271–3.
- Díez-Villanueva P, Ariza-Solé A, Vidán MT, Bonanad C, Formiga F, Sanchis J, et al. Recommendations of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology for the assessment of frailty in elderly patients with heart disease. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2019;72:63–71.
- Otto CM, Kumbhani DJ, Alexander KP, Calhoon JH, Desai MY, Kaul S, et al. 2017 ACC expert consensus decision pathway for transcatheter aortic valve replacement in the management of adults with aortic stenosis: A report of the American College of Cardiology Task Force on clinical expert consensus documents. J Am Coll Cardiol. 2017;69: 1313–46.
- Walker DM, Gale CP, Lip G, Martin-Sanchez FJ, McIntyre HF, Mueller C, et al. Frailty and the management of patients with acute cardiovascular disease: A position paper from the Acute Cardiovascular Care Association. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2018;7:176–93.
- American College of Surgeons. Optimal Resources for Geriatric Surgery. 2019 Standards [consultado 20 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.facs.org/quality-programs/geriatric-surgery/standards>.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhesi J, Foo I, Goodall J, et al. Peri-operative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia. 2014;69 Suppl 1:81–98.
- Chow WB, Rosenthal RA, Merkow RP, Ko CY, Esnaola NF. American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program; American Geriatrics Society. Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: A best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. J Am Coll Surg. 2012;215:453–66.
- Mohanty S, Rosenthal RA, Russell MM, Neuman MD, Ko CY, Esnaola NF. Optimal perioperative management of the geriatric patient: A best practices guideline from the American College of Surgeons NSQIP and the American Geriatrics Society. J Am Coll Surg. 2016;222:930–47.

PROYECTO 15

SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA EN UCI PEDIÁTRICA: EL VALOR DE NO HACER

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL CLÍNICO San Carlos

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Esther Aleo Luján (y equipo detallado en la memoria del proyecto)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: PEDIATRÍA (CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS)

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo principal es adquirir una comprensión completa del nivel de conocimiento del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP) en relación con las Recomendaciones de No Hacer (RNH) y determinar su capacidad para aplicar estas prácticas de manera efectiva.

PUESTA EN MARCHA

Presentamos el análisis situacional: metodología de trabajo y resultados. Se realiza la selección de las recomendaciones de no hacer (RNH), un estudio del conocimiento y situación sobre las

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



RNH y percepción del equipo sanitario que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Un grupo de trabajo multidisciplinar seleccionó por consenso siguiendo criterios de: prevalencia, gravedad y factibilidad de implementación un total de 13 RNH frente a las 26 que tiene publicada la Sociedad Española de Cuidados intensivos Pediátricos (SECIP). Dichas recomendaciones se agruparon por áreas: humanización, comunicación e ítems clínicos. Una vez consensuadas las RNH según la herramienta de priorización, se llevó a cabo un estudio del conocimiento de los profesionales de la UCIP mediante encuestas y otro de recogida de datos en historia clínica retrospectivo en las que se auditaron las RNH en un total de 199 historias clínicas. Para conocer la percepción de los profesionales de la UCIP sobre las RNH, se implementó un cuestionario diseñado por la Unidad de Calidad, el cual fue auto-administrado por el personal de la UCIP.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 0

Impacto socio-sanitario: 0

Impacto organizativo: 0

Impacto económico: 0

Impacto en los trabajadores: 0

Experiencia de usuario: 0

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

En última instancia, este estudio proporciona una guía valiosa para impulsar la implementación efectiva de las RNH en la UCIP, con el objetivo de brindar una atención pediátrica más completa, segura y humanizada en esta unidad crítica y a la vez una guía metodológica reproducible en cualquier contexto, que puede permitir la adopción de práctica de no hacer. Estos análisis nos brindan una guía sólida sobre la que intervenir, basada en tres esferas. Las percepciones ligadas por tanto a un ámbito emocional, los conocimientos ligados al ámbito intelectual y la práctica clínica influida por los dos anteriores, pero también por un contexto local que puede provocar comportamientos alejados de la evidencia científica, y todo ello nos aproxima de forma real a las áreas en las que podemos intervenir y cómo hacerlo de manera efectiva.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Presentamos los resultados de este estudio que ha proporcionado una visión integral de la RNH en la UCIP y las posibles áreas de intervención y los métodos multifactoriales más eficaces para que la intervención sea más eficaz. Se ha destacado la importancia de la humanización en la atención médica pediátrica y se ha observado un sólido compromiso por parte del personal de la UCIP en este aspecto, aunque se han identificado áreas de mejora. En cuanto a la comunicación, se ha señalado la necesidad de mejorar la coordinación entre los profesionales de la salud, especialmente en lo que respecta al pase de visita y la transmisión de información durante el traslado. Estas áreas requieren una mayor estandarización de procesos y enfoques de trabajo en equipo. En el ámbito clínico, se ha evidenciado una brecha entre el conocimiento de las RNH y su implementación en la práctica clínica, destacando la importancia de estrategias educativas y de mejora de procesos para garantizar una atención pediátrica segura y efectiva. Los facilitadores identificados, como la creación de protocolos basados en evidencia, la formación continua y la colaboración interdisciplinaria, ofrecen oportunidades para abordar estas brechas y mejorar la calidad de la atención en la UCIP.

OBSERVACIONES

Este proyecto tiene continuidad para desarrollar las siguientes fases de despliegue de un plan de acción para abordar las RNH que hemos identificado como prioritarias y de evaluación del impacto en los profesionales y en la práctica clínica, de estas actuaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Conceptual frameworks and their application to evaluating care coordination interventions. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
- Graham I, Logan J, Harrison M, Straus S, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map. J Cont Educ Health Prof. 2006; 26:13-4.
- Berwick Donald M. Avoiding overuse-the next quality frontier. Lancet. 2017; 390:102-4, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3).
- 4. Asociación Española de Pediatría (AEP), Available in: Recomendaciones no hacer. Grupo de trabajo Pediatría. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas de España; 2014 <https://www.aeped.es/site>.
- González de Molina Ortiz FJ, Gordo Vidal F, Estella García A, et al. Recomendaciones de "no hacer" en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2018; 42:425-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Rogers EM. Diffusion of Innovations, 4th Edition. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: Free Press; 2010. 7. Hernández Borges ÁA, Jiménez Sosa A, Pérez Hernández R, Ordóñez Sáez O, Aleo Luján E, Concha Torre A. Paediatric intensive care\'do not do\' recommendations in Spain: Selection by Delphi method. An Pediatr (Engl Ed). 2023 Jan;98(1):28-40. doi: 10.1016/j.anpede.2022.08.014. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36509646.
- 8. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, De Anseris AGE, Quitadamo P, Guercio Nuzio S, et al. Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. Ital J Pediatr.

PROYECTO 16

EVALUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO EN HEMODIÁLISIS.

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HU del Henares

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Investigador Principal: Jose L Merino Rivas 1, 2 Lola Prieto 2 Blanca Bueno Antúnez 1 Patricia Domínguez Apiñániz 1 Ana Sánchez Horrillo 1 Beatriz Espejo Marchante 1 Vicente Paraíso Cuevas 1, 2

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Actualmente la pauta habitual en hemodiálisis de administrar hierro es mediante formulación iv. Hasta la fecha actual el hierro iv disponible era el hierro sacarado (Venofer). Este hierro se administraba en basa a un protocolo aceptado por los profesionales de la unidad de forma consensuada desde hacía 10 años. Existen otra formulación de hierro iv presente en el hospital con un perfil contrastado en numerosos estudios y usado en otras áreas de la unidad de forma regular como es diálisis peritoneal y consulta ERCA. Este hierro iv (carboximaltosa férrica (CMF)) también se ha usado de forma puntual en hemodiálisis sin incidentes y existen suficiente evidencia para su administración en HD. Por criterios economicistas se planteó limitar el uso de la CMF en HD y se ha mantenido el hierro sacarado. Recientemente ante una falta de suministro de hierro sacarado la recomendación del Servicio

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



de Farmacia fue sustituir por CMF. En este sentido, aunque su perfil de seguridad ya estaba contrastado por su administración en otras áreas de nefrología de la unidad, se generó dudas sobre la conversión y pauta a seguir de forma protocolizada. Ante esta situación la sección de Nefrología, de acuerdo con las nuevas evidencias y ante la posibilidad de volver a surgir situaciones de desabastecimientos planteó un protocolo de administración de ambos hierros iv. Justificación: Ante la posibilidad de nuevos desabastecimientos era necesario tener la experiencia contrastada bajo un protocolo definido incluyendo CMF iv. A su vez era necesario reevaluar el protocolo actual ante los nuevos estudios y la recomendación de las actuales guías de optimizar las pautas de hierro iv como aspecto clave para el manejo de anemia en ERC en TRS.

PUESTA EN MARCHA

Detección de una problemática, resolución y planteamiento de solución para futuros imprevistos. Establecer nuevo protocolo, establecer diseño de evaluación del nuevo protocolo, evaluar su aplicación y resultados. Planificar el protocolo y su puesta en marcha. Diseño de aleatorización. Exposición y difusión del protocolo y desarrollo en la unidad. Puesta en marcha, ajuste de eventos, evaluación de resultados y protocolo definitivo.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Dosis de FEE media/mes/paciente Niveles de Hb, ferritina e IST

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

En espera de resultados definitivos, mejora en el conocimiento de tratamientos, adaptación de tratamiento al paciente en diálisis. Aplicación de nuevos tratamientos en la rutina de la práctica clínica habitual en Hemodiálisis. Establecer protocolos, mejorar resultados y disminuir la variabilidad clínica.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Aplicación de formulaciones de hierro iv contrastadas en otras áreas y su aplicación de forma protocolizada en unidades de hemodiálisis.

OBSERVACIONES

La búsqueda de mejora continua en los procedimientos y en las pautas protocolizadas basadas en las nuevas evidencias, bajo recomendaciones de guías clínicas y verificación en el medio de actividad clínica debería ser un abordaje a considerar en el proceder medico de forma constante.

BIBLIOGRAFÍA

- Zitt. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0114144 December 2, 2014 Del Vecchio L. Clinical Kidney Journal, 2016, vol. 9, no. 2, 260–267. Bircher AJ. Immunol Allergy Clin North Am. 2014; 34(3):707-23. KDIGO anemia guidelines. Kidney Int Suppl 2012; 2: 279–335.
- https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2017/docs/NI-MUH_FV_08-2017-hierro_isomaltosido.pdf Cases A et al. Nefrologia 2021;41(2):123-136 Brewster UC, Semin Dial 2004; 17: 57-60 MacDougall. Nephrol Dial Transplant (2014) 29: 2075–2084 Onken. Nephrol Dial Transplant (2014) 29: 833–842 Macdougall IC et al. Am J Nephrol. 2018;48(4):260-268 Macdougall IC et al. N Engl J Med. 2019;380(5):447-458

PROYECTO 17

FÓRMULAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LA INNOVACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Comunidad de Madrid

Madrid

Autor/es: Federación Española de Diabetes (FEDE)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Otros (Fundaciones, colegios profesionales, sociedades científicas...)

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

62

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: A pesar de que casi el 14% de la población española tiene diabetes, más de 300.000 pacientes se encuentran con limitaciones, a la hora de acceder al tratamiento prescrito por su profesional sanitario, por las barreras que implica el obtener, posteriormente, que técnicos de la Administración Pública les den el visado para poder tener el acceso a los mismos. Esto, en muchos casos retrasa su obtención e incluso es denegado, lo cual repercute muy negativamente en el abordaje adecuado y control de esta enfermedad crónica, por parte del paciente, a pesar de que han demostrado que todo tratamiento prescrito por el equipo médico es el más adecuado para sus pacientes.

En este sentido, se produce una clara discriminación para los pacientes, debido a que esta medida es tomada únicamente por criterios económicos y no de seguridad, y que deja fuera algunas de las indicaciones más adecuadas para la patología. Además, la articulación de la práctica del visado es una competencia autonómica, por lo que existe un acceso desigual a los medicamentos, en función de la CC AA de residencia del paciente. Este hecho obliga, en muchos casos, a que los pacientes con diabetes se desplacen para conseguir la aprobación de sus medicamentos, lo que impacta negativamente en la adherencia y en su calidad de vida. Por ello, el objetivo de “Fórmulas para mejorar el acceso a la innovación en el tratamiento de la diabetes”, puesta en marcha por la Federación Española de Diabetes (FEDE), es conseguir que la Administración Pública revise el listado de medicamentos que conllevan visado, en diabetes, y lo eliminen en todos aquellos que hayan demostrado que son seguros y que sólo está implantado por motivos económicos. Además, está demostrado que el paciente que accede al mejor tratamiento, cuenta con menos complicaciones de salud derivadas de la diabetes y, por ende, genera menos gasto sanitario al sistema de salud.

PUESTA EN MARCHA

La Federación Española de Diabetes (FEDE) llevó a cabo una importante acción institucional, tanto a nivel estatal como autonómico, manteniendo reuniones con diferentes autoridades sanitarias, y con el objetivo de flexibilizar el sistema de visados en España, y garantizar el acceso al tratamiento adecuado al que tienen derecho los pacientes con diabetes. En este sentido, mediante sus representantes autonómicos de FEDE, se llevaron a cabo reuniones con representantes de las Consejerías de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Cantabria, Comunidad Valenciana, Extremadura e Islas Canarias. En las mismas, los representantes de las federaciones autonómicas de FEDE, expusieron los datos de afectados por el sistema de visados en dichas CC AA, así como el posicionamiento de la entidad al respecto, contrario a dificultar el acceso al tratamiento necesario de las personas con diabetes. Además, se instó a dichas autoridades a modificar sus sistemas de visados, para garantizar el acceso a los medicamentos

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



a todos aquellos pacientes con diabetes que lo necesitan. A nivel estatal, la Federación Española de Diabetes (FEDE) presentó su posicionamiento ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, instando a:

1. Destinar los recursos necesarios para avanzar en la prevención, intervención, la promoción y el establecimiento de hábitos saludables, y la detección precoz de la diabetes.
2. Fomentar e impulsar el desarrollo de la investigación en el tratamiento de la diabetes, teniendo como principales objetivos la prevención y el retraso de las complicaciones, así como la mejora de la calidad de vida de los pacientes que sufren diabetes.
3. Revisar y, en su caso, flexibilizar los procedimientos actualmente existentes en materia de visado, para no limitar el acceso de los pacientes a fármacos e indicaciones que aseguren un control y tratamiento adecuado de su enfermedad crónica.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 1

Impacto en los trabajadores: 0

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Número de protocolos regulatorios de los visados flexibilizados a nivel autonómico y nacional.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

En cuanto a los resultados obtenidos, destacan los siguientes: - Objetivos conseguidos: Flexibilización en Comunidad de Madrid y Cantabria. - Objetivos esperados y en proceso de medición: Flexibilización en Comunidad Valenciana, Extremadura e Islas Canarias.

PROPUESTAS DE MEJORA

Para continuar trabajando en este proyecto, es imprescindible trasladar a las autoridades sanitarias la importancia de tener en cuenta a los representantes de los pacientes en la toma de decisiones que les afecta, como en este caso es la normativa de visados. En este sentido, FEDE continúa el reforzar el ámbito del asociacionismo y en su relación con las Administraciones Públicas, como garante de la calidad de los cerca de los 6.000.000 de personas con diabetes que viven en España.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55(1):88-93.
2. IDF Diabetes Atlas. 2021.
3. Crespo C, et al. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in diabetes). Av Diabetol. 2013;29(6):182-189.
4. Rojo-Martínez G, et al. Incidencia de la diabetes mellitus en España según los resultados del estudio de cohortes de ámbito nacional di@betes. 2020.
5. Lopez-Bastida M, Boronat M et al. Costes, resultados y retos de la atención a la diabetes en España. 2013.
6. Mata-Cases M, Rodríguez-Sánchez B, Mauricio D, Real J, Vlachos B, Franch-Nadal J, Oliva J. The Association Between Poor Glycemic Control and Health Care Costs in People With Diabetes: A Population-Based Study. Diabetes Care. 2020 Apr;43(4):751-758.
7. Informe sobre el Impacto Económico de la diabetes tipo 2 en España. Federación Española de Diabetes. 2021.

PROYECTO 18

"TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME AVANZADO"

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Beatriz Debén Méndez; Marta Rodríguez Roldán; Ana Castaño Cantos; Alberto Alonso Babaro; Juan Luis Torres Tenor; Ángela Palao Tarrero; Virginia Martínez Marín; Jesús Peña López; Rosa María Morera López.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica: Oncología radioterápica

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Una semana

Objetivo y necesidad que cubre: Los pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme presentan mal pronóstico desde el inicio de la enfermedad, ya que resulta ser un tumor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



incurable con gran impacto negativo en sus capacidades neurológicas, su funcionalidad y calidad de vida. Se propone realizar una reunión interdisciplinar con los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes, conformadas por la Unidad de cuidados paliativos, Psicooncología/psiquiatría, Oncología médica y Oncología radioterápica, con paciente y familiares. Se pretende crear un ambiente que facilite la información sobre la situación y el conocimiento del entorno del paciente para, a partir de ahí, ayudar a la toma de decisiones sobre tratamiento. Estas reuniones se han descrito como “de acogida” porque tratan de facilitar la comunicación de paciente y familiares con todo el equipo asistencial.

Se pretende conseguir, por una parte, una valoración interdisciplinar de la situación del paciente y, por otra parte, conocer el mundo de valores del paciente, su entorno y los objetivos que estima más prioritarios para su seguimiento. En definitiva, realizar un programa de tratamiento centrado en el paciente y sus necesidades más que centrado en su enfermedad. Se pretende ofrecer a los pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme un abordaje de tratamiento y seguimiento personalizado, consensuando el plan a seguir entre todos los especialistas implicados, el paciente y su entorno. Este tipo de tratamiento multidisciplinar ya se incluía en las guías clínicas de la European Society for Medical Oncology (ESMO)¹ y en las de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) en el año 2017²: como recomendación, se plantea a los pacientes con cáncer avanzado, cuidados paliativos especializados de forma precoz en el desarrollo de la enfermedad y de manera simultánea con el tratamiento activo. Se busca integrar ese tratamiento paliativo precoz en el abordaje multidisciplinar desde el principio de la enfermedad favoreciendo la integración de paciente y familia con el equipo terapéutico.

PUESTA EN MARCHA

“Reunión de acogida en pacientes diagnosticados de Glioblastoma multiforme”. El Glioblastoma multiforme (GBM) es un tumor astrocítico infiltrante que por definición es considerado grado IV de la OMS. Es el tumor cerebral primario más común, con 13000 nuevos diagnósticos al año en EEUU. En España, en el REDECAN 2021, estaban registrados 4395 casos de cáncer de sistema nervioso central y encéfalo durante el año 2021, dentro del cual se incluyen los GBM. Es un tumor incurable y tiene un gran impacto negativo en la función neurológica de los pacientes y en su calidad de vida. Debe tenerse en cuenta además que no sólo representa una enfermedad neoplásica sino también neurológica, al afectar al sistema nervioso central. El deterioro cognitivo progresivo puede interferir de manera importante en la capacidad del paciente de tomar decisiones en cuanto al tratamiento o los cuidados.

Durante el proceso de la enfermedad, los pacientes tienen una alta carga sintomática y unas necesidades de cuidados distintas a las de otros pacientes oncológicos. Esta carga sintomática afecta sobre todo a la esfera psicosocial, a diferencia de otros tumores avanzados. Por ello, la adición de cuidados paliativos al conjunto de tratamientos que estos pacientes reciben, podría

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



ayudar con estas necesidades adicionales. Dado que el diagnóstico de esta enfermedad, como ya hemos comentado previamente, supone un diagnóstico de incurabilidad con un deterioro progresivo ineludible, se propone realizar una reunión multidisciplinar con todos los especialistas que forman parte del tratamiento de estos pacientes: Cuidados paliativos, oncología médica, oncología radioterápica, psicooncología/psiquiatría. Además, con el fin de valorar la situación del paciente, su mundo de valores y su entorno, en las reuniones estarían tanto el paciente como los familiares y/o allegados designados por el paciente.

De esta forma, se puede conseguir consensuar los objetivos de tratamiento y cuidados de una forma más personalizada. Estas reuniones deberían realizarse en aquellos casos en los que sería beneficioso un manejo conjunto desde el inicio de la enfermedad, tanto si se van a aplicar las medidas de tratamiento oncológico específico al completo o si por el contrario se va a priorizar el manejo de síntomas desde el diagnóstico. Se explica a continuación el procedimiento para realizar dichas reuniones, ya que no todos los pacientes de inicio, serían candidatos a las mismas. **PROCEDIMIENTO:** Tras la primera valoración en consulta de Oncología (tanto médica como radioterápica), se hace una valoración individual del estado funcional del paciente previo a plantear cualquier tratamiento, la evolución de la sintomatología desde el diagnóstico hasta esta primera consulta y el apoyo familiar y social del que dispone. Tras esta primera valoración, se comentará el caso con el resto de miembros del equipo multidisciplinar de las reuniones y se decidirá si realizar la primera reunión de acogida teniendo en cuenta estos tres factores:

- Factores de buen/mal pronóstico del tumor y del paciente (los descritos en la tabla adjunta)
- Estado funcional del paciente
- Apoyo familiar/social.

Esquema de la entrevista:

- Definir los objetivos de la entrevista
- Preguntar a paciente y familiares qué saben de la enfermedad, cómo se encuentran y qué quieren saber
- Informar sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad según necesidades de paciente y familiares
- Preguntar por mundo de valores del paciente y los objetivos que considera más importantes -Desarrollar un plan de tratamiento y cuidados personalizado
- Realizar un resumen de la reunión: Especificar el seguimiento y las pruebas y tratamiento a realizar, así como los cuidados más importantes.

Como resultados, se pretender medir los siguientes grupos de parámetros:

- Datos sociodemográficos paciente y cuidadores
- Datos sobre el GBM: Tipo histológico, localización, datos de gravedad

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Satisfacción con la reunión -Grado de información de paciente y cuidadores antes y después de la reunión
- Planificación Anticipada de Cuidados
- Datos sobre priorizaciones de tratamiento: Tipos de tratamiento realizados.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

El pronóstico de estos pacientes es malo, y en muchas ocasiones tanto los cuidadores como los propios pacientes no son conscientes de ello porque no lo transmitimos con la claridad adecuada. Se ha observado en algunos estudios que los pacientes y sus familiares, en general, prefieren tener una información clara sobre el pronóstico. Además, se ha demostrado en múltiples ensayos controlados aleatorizados realizados con pacientes oncológicos que la integración temprana de los cuidados paliativos junto con el seguimiento oncológico, mejora la calidad de vida, la toma de decisiones compartidas y la planificación anticipada de los pacientes con cáncer avanzado.

Dadas las características de esta enfermedad, existe a veces un deterioro cognitivo precoz que no permite una comprensión adecuada sobre el pronóstico; sin embargo, los cuidadores principales sí suelen ser conscientes de la estimación de la supervivencia, aunque a pesar de que poseemos una estadística generalizada sobre supervivencias estimadas, en el caso de cada paciente individual, ésta puede modificarse. Dentro de la oncología, el momento en el que se realiza la comunicación sobre la información pronóstica es importante, por eso se debe buscar el momento y ambiente adecuado. En los gliomas de alto grado es importante tener en cuenta que la información sobre pronóstico es rápidamente cambiante y que es necesario mantener una comunicación eficaz y de confianza desde el principio y durante todo el proceso de enfermedad. Siempre que valoremos a un paciente con esta patología, tenemos que tener en cuenta que muchas veces el control de la sintomatología sin un tratamiento oncológico dirigido

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



proporciona una mejor calidad de vida con similar supervivencia global, ensanchando el tiempo de vida en lugar de alargarlo a costa de empeorar su día a día.

PROPUESTAS DE MEJORA

Conseguir un Plan de Tratamiento centrado en el paciente, en sus necesidades y prioridades. Valorar en qué medida estos planes personalizados suponen “no hacer” determinados tratamientos agresivos.

OBSERVACIONES

El desarrollo del Proyecto debería dar lugar a un protocolo para el manejo de estos pacientes desde el diagnóstico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Jordan K, Aapro M, Kaasa S, Ripamonti CI, et al (2018) European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. Ann Oncol 29:36-43.
- 2.Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96–112.
- 3.Diamond EL, Prigerson HG, Correa DC, et al. Prognostic awareness, prognostic communication, and cognitive function in patients with malignant glioma. Neuro Oncol 2017;19:1532-41. 4.Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2018;19(3):394–404.
- 5.Ley CCL, Martí M. SEOM clinical guidelines for diagnosis and treatment of glioblastoma (2017). 2018;22–8.
- 6.Perry JR, Laperriere N, O'Callaghan CJ, et al. Short-Course Radiation plus Temozolomide in Elderly Patients with Glioblastoma. N Engl J Med 2017;376:1027-37.
- 7.Balana C, Vaz MA, Sepúlveda JM, Mesia C, Del Barco S, Pineda E, et al. A phase II randomized, multicenter, open-label trial of continuing adjuvant temozolomide beyond 6 cycles in patients with glioblastoma (GEINO 14-01). Neuro Oncol. 2020;22(12):1851–61.
- 8.Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Bertè R, Ferrari D, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. Eur J Cancer. 2016;65:61–8.
- 9.Chaudhry NS, Shah AH, Ferraro N, et al. Predictors of long-term survival in patients with glioblastoma multiforme: advancements from the last quarter century. Cancer Invest. 2013;31:287-308. 10.Preusser M, de Ribaupierre S, Wöhrer A et al. Current

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



concepts and management of glioblastoma. Ann Neurol 2011; 70: 9–21. 11.Wen PY, Kesari S. Malignant gliomas in adults. N Engl J Med 2008; 359: 492–507. 12.R. Stupp; M. Brada, M.J. van den Bent, J-C.Tonn & G. Pentheroudakis on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii93-101

PROYECTO 19

RADIOTERAPIA PALIATIVA: SELECCIÓN DE CASOS PARA MANTENER UNA ADECUADA CALIDAD DE VIDA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Beatriz Debén Méndez; Jorge Durá Estévez; Elisabet González Del Portillo; Marta Rodríguez Roldán; Rosa María Morera López.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Menos de una semana

Objetivo y necesidad que cubre: En el ámbito de la Oncología Radioterápica nos enfrentamos constantemente al desafío de equilibrar el esfuerzo terapéutico entre la administración de tratamiento y la preservación de la calidad de vida de nuestros pacientes y de sus familias. A medida que avanzamos en la comprensión y el tratamiento del cáncer, surge la necesidad de ayudar a una población especialmente vulnerable: aquellos pacientes en situaciones de enfermedad avanzada, pronóstico desfavorable a corto plazo y con una calidad de vida comprometida. En estos pacientes surgen complicaciones y síntomas derivados de la propia evolución de la enfermedad y/o tratamientos previos, que precisan de un enfoque multidisciplinar.

Con frecuencia aparece el dilema de si realizar tratamientos, entre ellos la radioterapia paliativa, va a ofrecer beneficios en cuanto al control de esos síntomas, dado que la mejoría que puede proporcionar dichos tratamientos puede demorar más tiempo en aparecer que el tiempo de vida restante. El tratamiento radioterápico con intención paliativa o sintomática puede estar indicado como tratamiento antiálgico, descompresivo o hemostático. Es un tratamiento bien

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



tolerado y no invasivo, pero presenta como desventajas: tener que acudir al hospital entre uno y diez días para recibir las sesiones planificadas diariamente, mantener la postura de inmovilización durante la sesión, y posibilidad de inflamación local producida por el propio tratamiento y aumento del dolor percibido, incluso durante 7-10 días tras finalizarlo. No obstante, la tasa de éxito del tratamiento es alta.

En este sentido, nuestra labor como especialistas en Oncología Radioterápica implica valoración de forma integral al paciente, tratamiento pautado, situación basal, psicológica y familiar para garantizar que cada paciente reciba la atención terapéutica más adecuada y compasiva posible incluyendo estrategias de 'NO HACER' con el objetivo último de impactar de forma positiva en el control de los síntomas y en la calidad de vida del paciente y sus familias. Las recomendaciones de 'NO HACER' consisten en una indicación de abandonar una práctica clínica de escaso valor determinado por el hecho de que la práctica no reporte ningún beneficio conocido para los pacientes y/o les ponga en riesgo de sufrir daños y, además, pueda suponer un derroche de recursos, sanitarios y/o sociales.

Los profesionales de la oncología están muy concienciados con realizar tratamientos que vayan a reportar un beneficio al paciente. En este sentido varias sociedades científicas han lanzado sus recomendaciones de 'No Hacer'.

La Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) ha realizado una recomendación en el contexto del paciente oncológico: No considerar rutinariamente esquemas de fraccionamiento largos (>10 sesiones) para el tratamiento paliativo de las metástasis óseas. Nuestro servicio de Oncología radioterápica ya está trabajando en el proyecto aquí presentado, el cual supone un paso fundamental en ese camino y seguir avanzando en la atención ofrecida al paciente oncológico, especialmente en el paciente paliativo con enfermedad avanzada y mal pronóstico a corto plazo, permitiéndonos ofrecer una atención personalizada y humanitaria centrada en el paciente y sus familias en un momento vital tan vulnerable. Nuestro objetivo principal es desarrollar un algoritmo de selección de pacientes en el ámbito del tratamiento radioterápico con intención paliativa, con un enfoque específico en aquellos con pronóstico desfavorable a corto plazo y una calidad de vida significativamente deteriorada. El propósito fundamental es identificar criterios clínicos y de calidad de vida que permitan una adecuada valoración de la indicación del tratamiento radioterápico con intención paliativa, identificando aquellos pacientes que probablemente no se benefician de dicho tratamiento estableciendo recomendaciones del 'NO HACER', minimizando así la exposición a procedimientos médicos y potencialmente perjudiciales. A través de esta iniciativa, no solo buscamos abordar una necesidad crítica en la atención oncológica, sino también establecer un estándar de excelencia en la toma de decisiones médicas éticas y en la promoción de la dignidad y el bienestar de nuestros pacientes.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica para identificar criterios clínicos y de calidad de vida relevantes para la selección de pacientes oncológicos en el contexto de enfermedad avanzada y mal pronóstico a corto plazo. A continuación, se ha desarrollado un protocolo de selección basado en la evidencia científica disponible pendiente de validación comprobando el tiempo medio de supervivencia tras finalizar el tratamiento radioterápico con intención paliativa. De esta manera, en la primera consulta para valoración de tratamiento radioterápico con intención paliativa se realizará una valoración integral que consta de: ECOG del paciente. Situación funcional. Situación social. Situación familiar. Situación psicológica. Expectativa de vida (teniendo en cuenta la enfermedad oncológica principal, pero también las comorbilidades presentes). Tratamiento general y concretamente el analgésico que recibe el paciente (en el caso de la radioterapia antiálgica). Posibilidad y facilidad de desplazamiento al hospital. Posibilidad y facilidad de mantener la posición de inmovilización del tratamiento. Tras valorar todos estos ítems, se explica al paciente la intención y plan de tratamiento, los beneficios esperados y los posibles riesgos asociados a dicho tratamiento. Además, se explicitará la relevancia de completar el tratamiento en su totalidad. Si la esperanza de vida es de pocas semanas/meses, se valora con el paciente y familia la tolerabilidad y calidad de vida que le condiciona en el momento actual la enfermedad, teniendo en cuenta la necesidad de traslado al hospital y el empeoramiento durante los días de tratamiento. Como resultados, Se espera que este proyecto conduzca al establecimiento de un protocolo de selección de pacientes robusto y validado que permita identificar a aquellos que se beneficiarían más de tratamientos radioterápicos con intención paliativa, al tiempo que se evitan los riesgos inherentes a estos procedimientos en pacientes con pronóstico desfavorable a corto plazo que no vayan a beneficiarse del mismo. Esto mejorará la calidad de vida y la atención integral de estos pacientes.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La implementación de este protocolo en la práctica clínica podría tener un impacto significativo en la toma de decisiones médicas y en la mejora de la calidad de vida de pacientes oncológicos en situaciones críticas. En muchas ocasiones estamos tan dirigidos al tratamiento de la enfermedad, que olvidamos en parte al paciente y su entorno en un momento de máxima vulnerabilidad. Con esta propuesta se intenta focalizar la atención en el paciente como persona, incluyendo todas sus esferas, ambiente social y funcionalidad. Además, este proyecto permitirá una asignación más eficiente de recursos en el campo de la Oncología Radioterápica. La obtención de una beca económica es esencial para asegurar la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios para el éxito del mismo y su potencial transformador en la atención médica oncológica.

PROPUESTAS DE MEJORA

Se necesita una consulta específica con un tiempo quizá más prolongado, para facilitar el abordaje de todas las esferas que conforman al paciente, dado que el "no hace" en este caso puede ser el manejo más adecuado, pero tras haber podido abordar todos los componentes de la vida del paciente y familiar/cuidador.

OBSERVACIONES

La presión asistencial condiciona los tiempos de las consultas dificultando una valoración integral y detallada en pacientes tan complejos como el descrito, ya que presentan una dificultad añadida al precisar además de tiempo para valoración psicológica y de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Song X, Wei J, Sun R et al. Stereotactic body radiation therapy versus conventional radiation therapy in pain relief for bone metastases: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. (2023). 909-921, 115 (4)
- Vázquez M, Altabas M, Moreno D et al. 30-day mortality following palliative radiotherapy. Frontiers in Oncology, (2021), 11. Yu J, Jung J, Park S et al. Role of palliative radiotherapy in bleeding control in patients with unresectable advanced gastric cancer. BMC Cancer, (2021), 21 (1)
- Wong H, Chan A, Johnstone P et al. A critical appraisal of the four systematic reviews and meta-analysis on stereotactic body radiation therapy versus external beam radiotherapy for painful bone metastases and where we go from here. Annals of palliative medicine, (2023).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2018;19(3):394–404.
- Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2017;35(1):96–112. Zimmermann C, Swami N, Kryzanowska M et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomized controlled trial. *The Lancet*, (2014). 1721-1730, 383(9930)
- Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomized clinical trial. *European Journal of Cancer*, (2016), 61-68, 65.
- Haun M, Estel S, Rucker G et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane database of systematic reviews*, (2017), 2017(6) Fallon M, Giusti R, Aielli F et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice Guidelines. *Annals of Oncology*, (2018), iv166-iv191, 29

PROYECTO 20

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS PERIANALES SIN CIRUGIA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Area Norte de Málaga

Andalucía. Málaga

Autor/es: Francisco Javier Pérez Lara (Autor) Jose Manuel Hernández Gonzalez (Colaborador)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Cirugía coloproctológica

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La fístula perianal, o fístula anal, es un trastorno común que se estima que afecta a 12,3 por 100.000 hombres y 8,6 por 100.000 mujeres (1). Se han descrito una amplia gama de tratamientos para esta afección, desde una simple fistulotomía hasta un colgajo de avance mucoso, así como métodos de sellado mediante diversos productos. Sin embargo, esta misma diversidad de enfoques refleja el hecho de que ninguno es muy eficaz y los resultados obtenidos presentan una variabilidad considerable (2). Por lo tanto, todavía no se

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



ha consolidado ningún método como técnica estándar para esta patología. El problema es que las técnicas agresivas son más efectivas, pero se asocian con un mayor riesgo de lesión del esfínter, mientras que las más conservadoras tienen menos efectos indeseables sobre el esfínter, pero a costa de ser menos efectivas. En vista de estas consideraciones, el enfoque terapéutico actual suele ser el más conservador posible, aplicando técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. Sin embargo, no se ha sugerido que se pueda emplear un procedimiento médico como alternativa al tratamiento quirúrgico (hasta donde sabemos, no se han publicado estudios que informen sobre el tratamiento médico a mediano/largo plazo de esta afección, con un número significativo de pacientes). En este trabajo ponemos en marcha el tratamiento de pacientes con fistulas perianales mediante la aplicación de fibrina rica en plaquetas (PRF) de forma ambulatoria, sin intervención quirúrgica y sin ningún tipo de anestesia.

PUESTA EN MARCHA

En 2009, nuestro hospital comenzó a utilizar PRF (con propiedades aceleradoras del crecimiento de tejidos) para tratar las úlceras vasculares de las extremidades inferiores. Se obtuvieron muy buenos resultados y por ello en 2011 consideramos la posibilidad de utilizar esta sustancia como sellador de fístulas perianales (entendiendo que la necesidad fundamental era mejorar la velocidad de cicatrización de las heridas en el trayecto fistuloso). En consecuencia, pusimos en marcha un estudio multicéntrico cuyos resultados publicamos en 2015.

De acuerdo con el protocolo del estudio, una vez obtenida la muestra de PRF, se dividió en alícuotas; uno se aplicó en el quirófano y el resto se almacenó en un congelador, para uso futuro si fuera necesario.

Por lo tanto, si el orificio de la fístula no se cerraba durante el seguimiento, se podían realizar fácilmente aplicaciones sucesivas ambulatorias, sin anestesia ni cirugía. La aplicación del sellador PRF como procedimiento ambulatorio fue sorprendentemente exitosa. En consecuencia, se consideró invertir el orden de los eventos, es decir, preparar primero tantas alícuotas como fuera posible de una sola extracción de sangre (4 o 5) y realizar una aplicación inicial en consulta ambulatoria.

Si el resultado no fuera satisfactorio, se repetiría el proceso tantas veces como fuera necesario, utilizando todos los tubos excepto uno que estaba reservado para tratar al paciente en quirófano con el procedimiento quirúrgico correspondiente, como último recurso (Lógicamente, el desbridamiento del trayecto de la fístula mejora los resultados de cicatrización, sin embargo esto requiere anestesia y una intervención quirúrgica, no lo podemos realizar en consulta externa y solo lo hacemos en este último paso si es necesario en quirófano). Este abordaje nos brindó varias oportunidades para cerrar la fístula, evitando/reduciendo así la necesidad de incluir al paciente en lista de espera para el procedimiento quirúrgico correspondiente, con el consiguiente riesgo y malestar para el paciente y gasto adicional para el hospital. Colocamos un

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



apósito antibiótico en el orificio externo principalmente para evitar la liberación del contenido de plaquetas aplicado en el trayecto fistula durante las primeras 24 horas, estrictamente podríamos haber aplicado un apósito no antibiótico (no tenemos evidencia de que el apósito antibiótico mejore los resultados).

Aunque pensamos que el apósito antibiótico puede ayudar a reducir el dolor postoperatorio al reducir la pequeña reacción infecciosa local. Hemos tratado 70 pacientes con fistula perianal con sellador PRF en consulta. El preparado de fibrina se aplica en el trayecto fistuloso, sin necesidad de ningún tipo de anestesia, por lo que el paciente puede irse a casa inmediatamente después, sin mayor observación. Después de un seguimiento promedio de 26,49 meses, la fístula perianal había cicatrizado completamente en el 52,86% de los pacientes (n=37), cada uno de los cuales recibió un promedio de 1,92 operaciones de sellado. En otros 10 casos, el sellado fue inicialmente exitoso, pero se produjo una recaída durante el período de seguimiento. Dejando de lado el coste de las plaquetas (que es el mismo en el procedimiento ambulatorio que en quirófano), el coste por paciente tratado de fístula perianal en quirófano es de 1.212,12€ mientras que para el tratamiento ambulatorio es de 20€, teniendo en cuenta que en cada una de estas últimas sesiones se pueden tratar ocho pacientes y que en cada sesión de quirófano se tratan tres pacientes. Teniendo en cuenta las tasas de éxito obtenidas con cada procedimiento, estimamos que se obtendría un ahorro de 7.112,72 € por sesión ambulatoria. Cada año se realizan unas cinco sesiones de este tipo, por lo que el ahorro anual para el sistema sanitario público sería de 35.563,60 euros.

Teniendo en cuenta los cálculos anteriores, nuestros resultados con el tratamiento no quirúrgico pueden considerarse muy buenos, si los comparamos con los procedimientos quirúrgicos con selladores utilizados actualmente. García-Olmo et al. en un ensayo clínico de fase II con 35 participantes informaron una tasa de curación del 71% al año. Por el contrario, Herreros et al. realizó un ensayo clínico controlado aleatorio de fase III con 200 participantes e informó una tasa de curación del 57,1 % utilizando ASC expandido solo y una tasa de curación del 52,4 % utilizando ASC expandido asociado con pegamento de fibrina. En nuestro caso se obtuvo una tasa de curación del 52%, con un procedimiento médico que evita la morbilidad de los métodos quirúrgicos y que, por supuesto, resulta mucho más cómodo para el paciente.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Hemos tratado 70 pacientes con fistula perianal con sellador PRF en consulta. El preparado de fibrina se aplica en el trayecto fistuloso, sin necesidad de ningún tipo de anestesia, por lo que el paciente puede irse a casa inmediatamente después, sin mayor observación. Después de un seguimiento promedio de 26,49 meses, la fístula perianal había cicatrizado completamente en el 52,86% de los pacientes (n=37), cada uno de los cuales recibió un promedio de 1,92 operaciones de sellado. En otros 10 casos, el sellado fue inicialmente exitoso, pero se produjo una recaída durante el período de seguimiento.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que se puede evitar la derivación a lista de espera quirúrgica en más de la mitad de los pacientes que presentan fístula perianal. El proceso descrito evita la necesidad de anestesia (general o raquídea), con sus correspondientes riesgos, y de intervención quirúrgica (con riesgo de lesión de esfínteres y posterior incontinencia anal). El método propuesto, por tanto, representa una mejora significativa en la seguridad del paciente.

PROPUESTAS DE MEJORA

Nuestra propuesta de mejora es la comunicación de nuestros resultados para que este procedimiento se aplique en otros centros hospitalarios y se beneficien de ello el mayor número de pacientes.

OBSERVACIONES

En conclusión, el tratamiento no quirúrgico de la fístula perianal con PRF puede considerarse una opción de primera línea, brindándose tratamiento quirúrgico sólo si este abordaje inicial no tiene éxito.

BIBLIOGRAFÍA

- Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaecol 1984;73(4):219–224.
- Kontovounisios C, Tekkis P, Tan E, Rasheed S, Darzi A, Wexner SD. Adoption and success rates of perineal procedures for fistula-in-ano: a systematic review. Colorectal Dis 2016;18(5):441–458.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Zanotti C, Martinez-Puente C, Pascual I, Pascual M, Herreros D, Garcia-Olmo D. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union. *Int J Colorectal Dis* 2007;22(12):1459–1462
- Mennigen R, Laukotter M, Senninger N, Rijcken E. The OTSC(R) proctology clip system for the closure of refractory anal fistulas. *Tech Coloproctol* 2015;19(4):241–246
- Prosst RL, Joos AK, Ehni W, Bussen D, Herold A. Prospective pilot study of anorectal fistula closure with the OTSC Proctology. *Colorectal Dis* 2015;17(1):81–86
- Prosst RL, Ehni W, Joos AK. The OTSC(R) Proctology clip system for anal fistula closure: first prospective clinical data. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2013;22(5):255–259
- Dubois A, Carrier G, Pereira B, Gille T B, Faucheron JL, Pezet D et al. Therapeutic management of complex anal fistulas by installing a nitinol closure clip: study protocol of a multicentric randomised controlled trial–FISCLOSE. *BMJ Open* 2015;5(12):e009884
- Giordano P, Sileri P, Buntzen S, Stuto A, Nunoo-Mensah J, Lenisa L et al. A prospective multicentre observational study of Permacol collagen paste for anorectal fistula: preliminary results. *Colorectal Dis* 2016;18(3):286–294
- Hammond TM, Porrett TR, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Management of idiopathic anal fistula using crosslinked collagen: a prospective phase 1 study. *Colorectal Dis* 2011;13(1):94–104
- Narang SK, Keogh K, Alam NN, Pathak S, Daniels IR, Smart NJ. A systematic review of new treatments for cryptoglandular fistula in ano. *Surgeon* 2017;15(1):30–39
- Fabiani B, Menconi C, Martellucci J, Giani I, Toniolo G, Naldini G. Permacol collagen paste injection for the treatment of complex anal fistula: 1-year follow-up. *Tech Coloproctol* 2017;21(3):211–215
- Atkin GK, Martins J, Tozer P, Ranchod P, Phillips RKS. For many high anal fistulas, lay open is still a good option. *Tech Coloproctol* 2011 Jun;15(2):143e50
- Han JG, Wang ZJ, Zhao BC, Zheng Y, Zhao B, Yi BQ, et al. Longterm outcomes of human acellular dermal matrix plug in closure of complex anal fistulas with a single tract. *Dis Colon Rectum* 2011 Nov;54(11):1412e8
- Ellis, C. Neal M.D. Sphincter-preserving fistula management: what patients want. *Diseases of the colon & rectum*: 2010;53(12):1652-1655
- Gimble JM, Guilak F, Bunnell BA. Clinical and preclinical translation of cell-based therapies using adipose tissue-derived cells. *Stem Cell Res Ther* 2010;1(2):19
- Zuk PA, Zhu M, Ashjian P, De Ugarte DA, Huang JI, Mizuno H et al. Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells. *Mol Biol Cell* 2002;13(12):4279–4295
- Zuk PA, Zhu M, Mizuno H, Huang J, Futrell JW, Katz AJ et al. Multilineage cells from human adipose tissue: implications for cell-based therapies. *Tissue Eng* 2001;7(2):211–228

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Pérez Lara FJ, Serrano AM, Moreno JU, Carmona JH, Marquez MF, Pérez LR et al. Platelet-rich fibrin sealant as a treatment for complex perianal fistulas: A multicentre study. J Gastrointest Surg 2015;19: 360-8. DOI: 10.1007/s11605-014-2698-7.
- Garcia-Olmo D, Herreros D, Pascual I et al. Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial. Dis Colon Rectum 2009;52(1):79–86
- Pérez Lara FJ, Hernández Carmona JM, Del Rey Moreno A, Oliva Munoz H. Cylindrical curettes for the treatment of complex perianal fistulas. Dis Colon Rectum. 2014 Sep;57(9):1140.
- Perez lara, Hernández González, Ferrer Berges A, Oehling de los Reyes H, Oliva Muñoz H. The Use of Platelet-Rich Fibrin Plugs in the Treatment of Perianal Fistula: Traditional Curettage vs. Debridement with a Graduated Set of Cylindrical Curettes. Int J Surg Res Pract 2018, 5:081

PROYECTO 21

LA VIDA ES MOVIMIENTO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Santa Creu, Tortosa

Cataluña.Tarragona

Autor/es: Francesc Riba, Mireia Adell

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Implantar un programa de actividad física para favorecer la mejora de la capacidad funcional y minimizar los eventos adversos en ancianos frágiles hospitalizados. Siendo la deambulacion la intervencion más eficiente en esta poblacion.

PUESTA EN MARCHA

La discapacidad asociada a la hospitalización incluiría todas las limitaciones y restricciones de nueva aparición que son debidas al mismo proceso que provoca el ingreso o a la atención

79

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



hospitalaria recibida. La aparición de discapacidad, aparte de empeorar el pronóstico, repercute en la calidad de vida de la persona que la sufre y en su entorno siendo frecuentemente una de las causas de institucionalización y de requerir ayuda domiciliaria.

Por eso, la importancia de tomar medidas que promuevan y favorezcan la actividad física. En esta experiencia pretendemos implantar un programa de ejercicio físico adaptándolo al estado de salud de la persona. Ejecutado por acompañantes o técnicos auxiliares de enfermería, bajo prescripción facultativa o de fisioterapia. El ejercicio consistirá en sesiones de deambulación. Las sesiones de ejercicio físico siempre alentadas por el personal asistencial, sin hacerlo sentir como una sobrecarga y potenciando la sensación de logro.

Se pretende mejorar los espacios, adaptándolos para que sean más atractivos para deambular. También fomentar la interacción social como motivación para favorecer el movimiento. Animar a los pacientes a quitarse su "uniforme" de hospital y a ponerse su ropa. Esta idea es del movimiento británico EndPJparalysis. La idea detrás de la campaña es que, si las personas se levantan y se visten, se pondrán en movimiento, lo que a su vez evitará las complicaciones de la inmovilidad. Además, la idea es mejorar la dignidad, la autonomía y cambiar la percepción de una persona de 'estoy enfermo' a 'estoy mejorando', posiblemente también fomentando un comportamiento más activo después del alta.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Velocidad de la marcha y índice de Barthel.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La implantación de un programa de ejercicio físico durante la hospitalización, permite evitar la discapacidad nosocomial.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Empoderar a los cuidadores en la estimulación de la movilidad de los pacientes. Capacitar y fomentar las competencias de los/las técnicos/as auxiliares de enfermería. Hacer un hospital más amigable y accesible para población vulnerable.

OBSERVACIONES

Las unidades donde se llevará a cabo la experiencia son: convalecencia, subagudos y unidad de continuidad de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Velilla, N., Herrero, A. C., Cadore, E. L., de Asteasu, M. L. S., & Izquierdo, M. (2016).
- Iatrogenic nosocomial disability diagnosis and prevention. Journal of the American Medical Directors Association, 17(8), 762-764. Byrnes, A., McRae, P., & Mudge, A. M. (2023).
- 'Life is about movement—everything that is alive moves': a mixed methods study to understand barriers and enablers to inpatient mobility from the older patient's perspective.
- Age and Ageing, 52(7), afad111. Gallardo- Gómez D, del Pozo- Cruz J, Pedder H, et al. Optimal dose and type of physical activity to improve functional capacity and minimise adverse events in acutely hospitalised older adults: a systematic review with dose-response network meta-analysis of randomised controlled trials.
- Br J Sports Med. 2023 [1]. Swinnerton, E., & Price, A. (2023). Recognising, reducing and preventing deconditioning in hospitalised older people. Nursing Older People, 35(2).

PROYECTO 22

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO Y PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital de Mataró

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Aleix Serrallonga, Marta Parra, Ramón Boixeda, Natália Gil, Rita Godoy, Peter Reth

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

81

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Ante la prevalencia del reingreso en los pacientes crónicos complejos y la alta prevalencia de insuficiencia cardíaca, desde el servicio de Medicina Interna del Hospital de Mataró decidimos iniciar un Hospital de Día Médico. El objetivo es ofrecer atención médica de calidad de forma urgente o preferente a estos pacientes y así mejorar su calidad de vida e intentar reducir el ingreso hospitalario.

PUESTA EN MARCHA

Desde el servicio de Medicina Interna se creó el agosto de 2022 una consulta en el Hospital de Día mediante la contratación de 20h de personal médico. El objetivo de la consulta ha sido la atención de pacientes PCC de forma urgente y preferente: ya sean derivados de atención primaria, de urgencias, de consultas externas o seguimientos puesto-alta de enfermedades crónicas. Este Hospital de Día dispone de personal de enfermería, por el que se pueden realizar analíticas de control y administrar medicación endovenosa (sobre todo diuréticos y hierro), además de la conciliación terapéutica y la educación sanitaria por parte de enfermería.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Para hacer un seguimiento de las mejoras que aporta, proponemos unos indicadores para valorar los resultados después de 6 meses de iniciar el proyecto:

1. Ingresos y consultas a Urgencias: comparación con el periodo previo al seguimiento con telemedicina.
2. Número de visitas en el Hospital de Día.
3. Cambios de medicación.
4. Mortalidad.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?
Evolución de los reingresos en el servicio de Medicina Interna desde el inicio del proyecto: reducción entre el 2,73% y 5,11% de los ingresos totales. Seguimiento precoz posterior al alta de entre el 3,45% y 5,68% de los pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. Aumentar los pacientes en seguimiento en el Hospital de Día Médico, para lo que se requiere más personal (una gestora de casos de enfermería y mayor equipo médico).
2. Seguimiento mediante telemedicina de las constantes de los pacientes con un sistema de alarmas que nos permita prever las futuras descompensaciones y así actuar lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiology and treatment of heart failure in Spain: the HF-PATHWAYS study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022 Jan;75(1):31-38. doi: 10.1016/j.rec.2020.09.033. Epub 2020 Dec 27. PMID: 33380382.
- Pacho C, Domingo M, Núñez R, Lupón J, Moliner P, de Antonio M, González B, Santesmases J, Vela E, Tor J, Bayes-Genis A. Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 Aug;70(8):631-638. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2017.01.003. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28215922.
- Comín-Colet J, Enjuanes C, Verdú-Rotellar JM, Linas A, Ruiz-Rodriguez P, González-Robledo G, Farré N, Moliner-Borja P, Ruiz-Bustillo S, Bruguera J. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. J Telemed Telecare. 2016 Jul;22(5):282-95. doi: 10.1177/1357633X15600583. Epub 2015 Sep 7. PMID: 26350543.
- Yun S, Enjuanes C, Calero-Molina E, Hidalgo E, José-Bazán N, Ruiz M, Verdú-Rotellar JM, Garcimartín P, Jiménez-Marrero S, Garay A, Ras M, Ramos R, Pons-Riverola A, Moliner P, Corbella X, Comín-Colet J. Usefulness of telemedicine-based heart failure monitoring according to 'eHealth literacy' domains: Insights from the iCOR randomized controlled trial. Eur J Intern Med. 2022 Jul;101:56-67. doi: 10.1016/j.ejim.2022.04.008. Epub 2022 Apr 25. PMID: 35483994.
- Jiménez-Marrero S, Yun S, Cainzos-Achirica M, Enjuanes C, Garay A, Farre N, Verdú JM, Linas A, Ruiz P, Hidalgo E, Calero E, Comín-Colet J. Impact of telemedicine on the clinical outcomes and healthcare costs of patients with chronic heart failure and mid-range or preserved ejection fraction managed in a multidisciplinary chronic heart failure

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



programme: A sub-analysis of the iCOR randomized trial. J Telemed Telecare. 2020 Jan-Feb;26(1-2):64-72. doi: 10.1177/1357633X18796439. Epub 2018 Sep 7. PMID: 30193564. 6. Yun S, Enjuanes C, Calero-Molina E, Hidalgo E, José N, Calvo E, Verdú-Rotellar JM, Garcimartín P, Chivite D, Formiga F, Jiménez-Marrero S, Garay A, Alcobarro L, Moliner P, Corbella X, Comín-Colet J. Effectiveness of telemedicine in patients with heart failure according to frailty phenotypes: Insights from the iCOR randomised controlled trial. Eur J Intern Med. 2022 Feb;96:49-59. doi: 10.1016/j.ejim.2021.09.021. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34656406.

PROYECTO 23

LEGRAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISTULA ANAL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Area Norte de Málaga

Andalucía. Málaga

Autor/es: Francisco Javier Pérez Lara

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La fístula perianal es una conexión anormal entre la superficie interna del canal anal y la piel 15 que rodea la región perianal, tiene una incidencia del 1, 1 al 2, 2 por 10.000 habitantes y año y constituye una patología que a menudo causa gran incomodidad y puede reducir considerablemente la calidad de vida del paciente, ya que pueden ser irritantes por razón del drenaje de pus, así como la incomodidad de algunas fístulas de pasar material fecal por su luz.

Además, los abscesos recurrentes que producen pueden causar morbilidad a corto 20 plazo, como dolor e infección, que puede llegar a hacerse sistémica. Actualmente, el tratamiento de las fístulas perianales es quirúrgico, existen dos grandes grupos de técnicas quirúrgicas, las técnicas que incluyen la sección esfinteriana y las técnicas preservadoras de esfínter. Las técnicas del primer grupo presentan tasas de curación más altas que las del segundo grupo, pero como contrapartida presentan también tasas más altas de incontinencia fecal, por lo tanto, solo se pueden emplear en fístulas simples (que por su situación baja atraviesan poca cantidad de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



tejido muscular esfinteriano) y consisten en fistulotomía o fistulectomía. Una fistulotomía consiste en la sección de toda la musculatura esfinteriana externa e interna que se encuentre por debajo del trayecto esfinteriano.

Una fistulectomía es la resección del trayecto desde el orificio fistuloso externo hasta el orificio fistuloso interno que también implica la sección de toda la musculatura esfinteriana externa e interna que se encuentre por debajo del trayecto esfinteriano. Las fistulas más altas precisan tratamientos más complejos con secciones parciales de esfínteres y un mayor riesgo de incontinencia y tasas de éxito variable (pero claramente menores que las fistulas simples). En estos casos de fistula compleja es muy importante, se emplee la técnica que se emplee, llevar a cabo el legrado y resección de la mayor cantidad de tejido fibroso a lo largo de todo el trayecto, sin embargo, el instrumental quirúrgico del que disponemos hoy día para este fin no dispone de ninguna legra capaz de lisar todo el tejido fibrótico del trayecto, ya que las legbras no son capaces de amoldarse al trayecto, la mayoría de las veces curvilíneo, de las fístulas.

Actualmente, para llevar a cabo el legrado se utilizan unos instrumentos denominados legbras. Una legbra convencional es un instrumento que tiene un mango, una porción alargada para su introducción en el conducto de la fístula, y una porción redondeada pero dotada de bordes agudos ubicada en su extremo distal para raspar la superficie interna del conducto de la fístula. Estos instrumentos presentan el importante inconveniente de que no suelen ser capaces de amoldarse al trayecto de una fístula, que frecuentemente presenta tramos curvilíneos. Como consecuencia, los resultados del legrado efectuado por medio de este tipo de instrumentos no son idóneos. Efectuar un legrado adecuado resulta de suma importancia, ya que parece probable que los resultados del tratamiento de las fístulas complejas sean directamente proporcionales a la cantidad de tejido fibrótico que se pueda resear a lo largo de todo el trayecto de la fístula.

PUESTA EN MARCHA

La presente invención resuelve los problemas anteriores gracias a un nuevo diseño de legbra completamente diferente de las conocidas hasta ahora. Las legbras de la presente invención consisten en unas piezas de pequeño tamaño que, con la ayuda de unos hilos para traccionar por uno u otro extremo del conducto de la fístula, pueden recorrer completamente dicho conducto. Esto permite legbrar adecuadamente incluso zonas curvilíneas o revueltas internas de la fístula, a diferencia de las legbras convencionales que sólo permiten acceder al interior de la fístula de forma limitada. La invención describe una legbra para el tratamiento de fístulas perianales que tiene una forma esencialmente cilíndrica con una superficie exterior abrasiva y unos orificios situados en sus extremos, siendo su tamaño tal que puede atravesar todo el conducto de la fístula perianal traccionando mediante unos hilos que se fijan a los orificios.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Según se utiliza en este documento, el término "esencialmente cilíndrico" abarca no sólo formas estrictamente cilíndricas, sino también formas que se desvían ligeramente de dicha forma cilíndrica, fundamentalmente pequeños cambios de diámetro, aunque manteniéndose cerca de una forma cilíndrica que permita su deslizamiento longitudinal a lo largo del conducto de la fístula. Según se utiliza en este documento, una superficie "abrasiva" hace referencia a una superficie dotada de salientes, picos, puntas, espículas..., denominados en general protuberancias, que tienen una forma esencialmente radial de tal modo que, cuando la legra de la invención se desplaza en dirección longitudinal a lo largo del conducto de la fístula, "raspan" o "arañan" la superficie interior de dicho conducto.

En cuanto al tamaño, como se ha mencionado anteriormente éste debe permitir el paso de la legra en dirección longitudinal a lo largo de todo el conducto de la fístula, entrando por un extremo y saliendo por el extremo opuesto. Teniendo en cuenta el diámetro interior habitual de varias fístulas estudiadas, y según las pruebas realizadas por los inventores de la presente solicitud, un tamaño adecuado para ello comprende una longitud de menos de 15 mm y un diámetro de menos de 10 mm. 20 Además, normalmente la rugosidad de la superficie exterior abrasiva es mayor cuanto mayor es el diámetro de la legra. Es decir, a mayor diámetro o grosor de la legra, mayor será la longitud de las protuberancias que sobresalen radialmente de su superficie. Ello permite fabricar varias legras de diferentes tamaños que se pueden utilizar bien en función del tamaño de la fístula que se va a tratar, o bien de manera sucesiva como se describirá a continuación. Los inventores de la presente solicitud han desarrollado la legra de la invención en tres tamaños que se han demostrado útiles en las diversas pruebas realizadas. Una realización preferida describe una legra que tiene un diámetro de entre 1, 5 mm y 2, 5 30 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 0, 1 y 0, 4 mm.

Esta legra se puede utilizar como primera legra en un tratamiento de legrado sucesivo. Otra realización preferida describe una legra que tiene un diámetro de entre 2, 5 mm y 4 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 0, 5 mm y 0, 8 mm. Se puede 35 utilizar como segunda legra en un tratamiento de legrado sucesivo. Otra realización preferida describe una legra que tiene un diámetro de entre 4 mm y 6 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 1, 0 mm y 1, 4 mm. Se puede utilizar como tercera legra en un tratamiento de legrado sucesivo. Por último, la presente invención también está dirigida a un conjunto de legras para el tratamiento de fístulas perianales que comprende: a) una legra con un diámetro de entre 1, 5 mm y 2, 5 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 0, 1 y 0, 4 mm b) una legra con un diámetro de entre 2, 5 mm y 4 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 0, 5 mm y 0, 8 mm c) una legra con un diámetro de entre 4 mm y 6 mm y una superficie exterior abrasiva con protuberancias de entre 1, 0 mm y 1, 4 mm Este conjunto de legras permite llevar a cabo un procedimiento de legrado de la fístula

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



perianal haciendo pasar con ayuda de un hilo a través de la fístula sucesivamente la primera legra, seguida de la segunda legra, y finalmente la tercera legra.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 1

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Porcentaje de cierre de fistulas perianales con la intervención Porcentaje de mejora clínica del paciente con fistula perianal con el tratamiento quirúrgico.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La diferencia importante la encontramos en la tasa de cierre que pasó del 52,9% con el empleo de legrados tradicionales al 78,6% cuando empleamos el kit de legras cilíndricas ($p=0,05$).

PROPUESTAS DE MEJORA

Llegar a un gran número de cirujanos para que puedan aplicar este sistema y mejorar sus resultados.

OBSERVACIONES

Hemos mejorado nuestros resultados un 50% desde que usamos estas legras.

BIBLIOGRAFÍA

- Haim N, Neufeld D, Ziv Y, Tulchinsky H, Koller M, Khaikin M, Zmora O. Long-term Results of Fibrin Glue Treatment for Cryptogenic Perianal Fistulas: A Multicenter Study. Dis Colon Rectum 2011; 54: 1279–1283.
- Buchanan GN, Bartram CI, Phillips RK, Gould SW, Halligan S, Rockall TA, Sibbons P, Cohen RG. Efficacy of fibrin sealant in the management of complex anal fistula. Dis Colon Rectum. 2003;46:1167–1174.
- Zmora O, Mizrahi N, Rotholtz N, Pikarsky AJ, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Fibrin glue sealing in the treatment of perineal fistulas. Dis Colon Rectum. 2003;46:584–589.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum. 2006;49:371–376.
- Lawes DA, Efron JE, Abbas M, Heppell J, Young-Fadok TM. Early experience with the bioabsorbable anal fistula plug. World J Surg. 2008;32:1157–1159.
- García-Olmo D, Herreros D, Pascual I, et al. Expanded adipose derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial. Dis Colon Rectum. 2009;52:79–86.
- Park KJ, Ryoo SB, Kim JS, Kim TI, Baik SH, Kim HJ, Lee KY, Kim M, Kim WH. Allogeneic adipose-derived stem cells for the treatment of perianal fistula in Crohn's disease: a pilot clinical trial. Colorectal Dis. 2016 May;18(5):468-76.
- Pérez Lara, F.J., Moreno Serrano, A., Ulecia Moreno, J. et al, Platelet-rich fibrin sealant as a treatment for complex perianal fistulas: a multicentre study. J. Gastrointest. Surg. 2015;19:360–368.
- Buchanan GN, Sibbons P, Osborn M et al. Pilot study: fibrin sealant in anal fistulae model. Dis Colon Rectum 2005;48:532–9
- P.J. van Koperen, F.J.W. ten Kate, W.A. Bemelman, J.F.M. Slors. Histological identification of epithelium in perianal fistula; a prospective study. Colorectal Disease, 2010;12(9):891-895
- Ellis C. Sphincter-Preserving Fistula Management: What patients want. Dis Colon Rectum. 2010; 53: 1652-1655.
- Queralto M, Portier G, Bonnaud G, Chotard JP, Cabarrot P, Lazorthes F. Efficacy of synthetic glue treatment of high cryptoglandular fistula-in-ano. Gastroenterol Clin Biol. 2010;34:477–482. 13. Yeung JM, Simpson JA, Tang SW, Armitage NC, Maxwell-Armstrong C. Fibrin glue for the treatment of fistulae in ano: a method worth sticking to? Colorectal Dis. 2010;12:363–366.
- Maraclan, G., Baskonu, Y., Aybasti, N. et al. The use of fibrin glue in the treatment of fistula-in-ano: a prospective study. Surg Today. 2006; 36: 166–170.
- García-Olmo D, García-Arranz M, Herreros D, Pascual I, Peiro C, RodríguezMontes JA (2005) A phase I clinical trial of the treatment of Crohn's fistula by adipose mesenchymal stem cell transplantation. Dis Colon Rectum 48(7):1416– 1423
- Garcia-Olmo D, Herreros D, Pascual I, et al. Expanded adipose derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial. Dis Colon Rectum. 2009;52:79–86.
- Herreros, M.D. M.D., Ph.D.; Garcia-Arranz, M. Ph.D.; Guadalajara, H. M.D.; De-La-Quintana, P. Ph.D.; Garcia-Olmo, D. M.D., Ph.D.; and the FATT Collaborative Group. Autologous Expanded Adipose-Derived Stem Cells for the Treatment of Complex Cryptoglandular Perianal Fistulas: A Phase III Randomized Clinical Trial (FATT 1: Fistula

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Advanced Therapy Trial 1) and Long-term Evaluation. Diseases of the Colon & Rectum: July 2012;55(7):762– 772.

- Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, Orangio GR, Schertzer ME, Armstrong DN (2006) Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up. Dis Colon Rectum 49:1817–1821
- Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN (2006) Efficacy of anal fistula plug vs fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 49:371–376 2
- Christofordidis D, Etzioni DA, Goldberg SM, Madoff RD, Mellgren A. Treatment of complex anal fistulas with the collagen fistula plug. Dis Colon Rectum. 2008;51:1482–1487.
- 21. Pérez Lara FJ, Hernández Carmona JM, del Rey Moreno A, Oliva Munoz H. Cylindrical Curettes for the Treatment of Complex Perianal Fistulas. Diseases of the Colon & Rectum. 2014;57(9):1140.
- 22. Perez Lara FJ, Ferrer Berges A, Hernandez Gonzalez JM, Sanchis Cardenas E, del Rey Moreno A, Oliva Munoz H. Method for Management of Perianal Fistula with New Device: Progressive Curettage of the Tract and Sealing with Platelet-Rich Fibrin. Annals of Colorectal Research. 4(3): e37452.
- 23. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2000; 43:9-16.

PROYECTO 24

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HERIDAS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo

País Vasco. Vizcaya

Autor/es: Melina Vega de Ceniga

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Menos de una semana

89

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Objetivo y necesidad que cubre: El 3-15% de la población porta una úlcera de alguna naturaleza en una extremidad inferior, la mayoría de etiología venosa, seguida de pie diabético, y úlceras por presión en tercer lugar. El manejo de estas úlceras suele ser heterogéneo y repartido entre varios niveles asistenciales, frecuentemente sin el conocimiento específico para su tratamiento eficaz. Consecuentemente, la duración de las estas úlceras abiertas suele ser de varios meses, en ocasiones incluso años. La centralización de pacientes con úlceras, especialmente aquellas complejas y/o de larga duración, con una unidad multidisciplinar, donde al paciente acude y giran a su alrededor en la misma sala todas las especialidades necesarias para la cicatrización efectiva de la úlcera (enfermería, angiología y cirugía vascular, infectología, endocrinología, traumatología, cirugía plástica), mejorarán los resultados, las tasas efectivas y los tiempos de cicatrización y la calidad de vida del paciente.

PUESTA EN MARCHA

La Unidad de Heridas del Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo se inició en 2016 con una enfermera a media jornada y una facultativa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular como referente médico, y el resto de especialidades médicas y quirúrgicas (endocrinología, infectología, traumatología) como consultores satélites. En los siguientes 4 años se aumentó la plantilla a 2 enfermeras a tiempo completo, y la dedicación parcial de 2 cirujanos vasculares, 2 traumatólogos y un podólogo. Se auditan los resultados clínicos cada año, con ampliación de la actividad asistencial, reduciendo las estancias hospitalarias de los pacientes complejos y aumentando la cirugía ambulatoria del antepie en la Unidad. Año tras año han mejorado los indicadores de calidad asistencial, con gran satisfacción de los pacientes.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Cicatrización efectiva de las heridas Tiempo de estancia hospitalaria de pacientes con pie diabético durante el evento agudo Incidencia de amputación menor Incidencia de amputación

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



mayor Tasa de reulceración en el primer año Número bruto de interconsultas y derivaciones
¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?
La coordinación y nutrición entre especialidades mejora todos los resultados. La gestión de egos y transparencia en la comunicación mejora el trabajo en equipo. Colocar al paciente en el centro, en una sola sala alrededor de la cual se mueven el resto de profesionales reduce la demora en la asistencia, hace la asistencia más eficiente y mejora la satisfacción y la calidad de vida del paciente. Hemos logrado reducir la reulceración del pie diabético en el primer año a la mitad, a cifras de excelencia. Hemos conseguido reducir las tasas de amputación mayor en un 40%. Hemos conseguido ahorrar aproximadamente 500.000€/año en estancia hospitalaria en los pacientes con pie diabético cada año desde 2019.

PROPUESTAS DE MEJORA

Queda pendiente mejorar la coordinación con Atención Primaria. Tenemos una propuesta de especialización en algunos centros de Atención Primaria en forma de pequeñas Unidades de Heridas satélite que dependan de la Unidad en el hospital y puedan ampliar el número de pacientes que se pueda atender y acercar esta atención especializada geográficamente.

OBSERVACIONES

Tenemos presentaciones completas de resultados que no se pueden cargar en el formulario porque exceden en mucho los 4MB de capacidad.

BIBLIOGRAFÍA

<https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019.pdf>

PROYECTO 25

ADECUACIÓN PRUEBAS PREOPERATORIAS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario 12 de Octubre

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Dra.Bouzó (FEA S.Anestesiología), Dra.Revilla (J.Sección S.Radiodiagnóstico), Dr.Cortés (Jefe de Servicio Anestesiología), Dra.Moliner (Subdirección área quirúrgica), Dra. Azcuitia (Subdirección Continuidad Asistencial, Beatriz Sánchez Pascual y Montserrat Alemany (Servicio Admisión-Citación- Lista Espera Quirúrgica), Jaime Cruz (Coordinador HCIS), Dr. Silva (S.Anestesiología-Grupo Seguridad), Dr. Pascual (Dirección Médica)

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Evitar la realización de radiografías de tórax como parte del preoperatorio estándar de los pacientes antes de cirugías o procedimientos con anestesia.

PUESTA EN MARCHA

Desde hacía años se trabajaba desde el Servicio de Anestesia y el Servicio de Radiodiagnóstico en la eliminación de la solicitud de la radiografía de tórax como parte del estudio preoperatorio estándar dadas las recomendaciones que dicta la evidencia científica actual. En 2019 se acordó la utilidad de un cambio en el circuito actual de petición de pruebas preoperatorias de tal forma que la radiografía de tórax pasase a ser solicitada desde la Consulta de Preadnestesia si una vez valorado el paciente el Anestesiólogo lo considerase necesario en base a las citadas recomendaciones. Antes de poner en marcha el nuevo protocolo y de cara a prestar la mejor atención a nuestros pacientes, se estableció la necesidad de llevar a cabo un pilotaje del nuevo circuito para ver si era viable y en abril 2021 se realizó con éxito una prueba piloto. Por todo lo previo a partir del 1 de Julio de 2021 la radiografía de tórax pasa a ser solicitada desde la Consulta de Preadnestesia cuando sea preciso en base a las recomendaciones actualizadas realizándose el mismo día de la consulta a fin de evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Si. Se obtuvieron las solicitudes de Rx de Tórax registradas durante los periodos de estudio correspondientes a los pacientes de la población de estudio. Se distribuyeron por el nivel de riesgo anestésico (ASA) del paciente y el servicio peticionario. Se calculó la proporción de pacientes a los que se realizó la exploración respecto del total y se contrastaron sus diferencias entre los periodos considerados mediante la prueba de χ^2 o el estadístico exacto de Fisher. ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

A parte del Servicio de Anestesiología y el Servicio de Radiodiagnóstico, la Dirección se implicó desde el principio en el proyecto, así como el Servicio de Admisión y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica y el Grupo de Seguridad, permitiendo una colaboración crucial para que este tipo de iniciativas tengan éxito.

PROPUESTAS DE MEJORA

Seguir trabajando en la adecuación de pruebas preoperatorias. Este es nuestro siguiente proyecto.

OBSERVACIONES

Creo que es importante que las direcciones de los centros sanitarios tengan canales de comunicación accesibles para que los distintos profesionales puedan hacer llegar sus sugerencias de mejora, con la posibilidad posterior de analizar dichas sugerencias y facilitar los recursos necesarios (organización de reuniones multidisciplinarias, dotación de recursos materiales y organizativos) a fin de fomentar la mejora continua del sistema y el desarrollo de la medicina basada en valor. Por buenas que sean las ideas, sin recursos y sin coordinación es muy difícil sacar proyectos adelante.

BIBLIOGRAFÍA

- Eur J Anaesthesiol 2018; 35:407–465
- <http://pathways.nice.org.uk/pathways/preoperative-tests>
- Anesthesiology, V 116. No 3
- UpToDate : Preoperative medical evaluation of the healthy adult patient last updated: Jan 23, 2020

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 26

EVITAR LA SOBREPREScripción DE ENEMAS DE FOSFATO EN ANCIANOS FRAGILES.

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Infanta Elena

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Leopoldo Bárcena Goitiandia

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El estreñimiento crónico es un problema frecuente en ancianos. Durante la hospitalización, el inmovilismo, la patología aguda y la falta de prevención de este problema hacen que muchas veces se recurra al uso de laxantes por vía rectal para resolverlo de forma inmediata. El enema de limpieza de fosfato sódico hipertónico es una solución de 140ml o 250ml con una composición elevada de fosfato (dihidrogenofosfato monosódico 13,9g/100ml e hidrogenofosfato disódico 3,2 g/100ml).

Algunos pacientes son propensos a la hiperfosfatemia grave, como los ancianos, los que tienen enfermedad renal crónica o aguda y los que tienen mala motilidad intestinal o en pacientes que consumen fármacos que favorecen la depleción de volumen. La hiperfosfatemia grave acompañada de hipocalcemia puede poner en peligro la vida de estos pacientes. Los enemas son soluciones rectales, administradas para conseguir efectos locales y aunque las complicaciones son en general raras, en ocasiones pueden ser graves e incluso mortales.

El principal mecanismo subyacente de la lesión renal es que se desarrolla una lesión tubular secundaria a un aumento de la reabsorción proximal de sal y agua inducida por hipovolemia, una gran cantidad de suministro de fosfato en la nefrona distal, que da como resultado el depósito de fosfato de calcio. La precipitación de fosfato de calcio en los riñones debido a una alta carga de fosfato conduce a nefrocalcinosis. Se definen como factores de riesgo para el desarrollo de para desarrollar nefropatía aguda por fosfato:

- Edad avanzada.
- Dosis excesivas o repetidas.
- Enfermedad renal crónica.
- Ingesta deficiente de agua o deshidratación.
- Sexo femenino.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Alteraciones electrolíticas preexistentes
- Insuficiencia cardíaca.
- Ascitis
- Diuréticos.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Bloqueo del sistema renina-angiotensina

PUESTA EN MARCHA

Prescripción Enemas en Hospital Infanta Elena del periodo del 01/10/2021 al 01/10/2022: Se revisa la prescripción de enemas en todos los pacientes hospitalizados del periodo del 01/10/2021 al 01/10/2022 en mayores de 75 años. De las 791 prescripciones de enemas en global se analizan 209 casos donde se prescribieron enemas con fosfato. Aportamos los siguientes datos: Se administraron un total 791 enemas. Físio Enema: 582 (73%) Enema Casen: 209 (27%) Rango de edad de los pacientes a los que se administró Enemas Casen: 75-85 años: 41 pacientes (19,61%) 80-85 años: 62 pacientes (29,66%) 85-89 años: 68 pacientes (32,53%) >90 años: 38 paciente (18,18%) Sexo: 120 mujeres (60%) 89 hombres (40%) Al revisar las historias se identificaron los siguientes factores de riesgo: Insuficiencia Cardíaca congestiva: 33 pacientes (15,7%) Enfermedad Renal Crónica: 41 pacientes (19,6%) Insuficiencia renal aguda en el momento de administración del enema: 62 pacientes (33,01%) Infección Activa: 76 pacientes (36,3%) En tratamiento con Diuréticos: 100 pacientes (47,84%) En tratamiento con IECAS o ARAII: 109 pacientes (52,1%) Factores de riesgo identificados: 1 factor de riesgo: 16 pacientes (7,6%) 2 factores de riesgo: 36 pacientes (17,2%) 3 factores de riesgo: 54 pacientes (25,8%) 4 factores de riesgo: 46 pacientes (22%) 5 factores de riesgo: 27 pacientes (12,9%) 6 factores de riesgo: 19 pacientes (9,09%) 7 factores de riesgo: 9 pacientes (4,3%) 8 factores de riesgo: 2 pacientes (3,8%) Conclusiones: Existe una alerta de la Agencia Española del Medicamento 2004. Indicaciones claras y destacan la utilización esporádica de este tipo de productos: Exploraciones diagnósticas. Cirugía. Parto. Impactación fecal. Evitar el uso en pacientes con factores de riesgo: Ancianos. Enfermedad renal. Insuficiencia Cardíaca congestiva. Deshidratación. Alteraciones hidroelectrolíticas. En ningún caso se utilizará con tratamiento habitual para el estreñimiento La práctica real en nuestro hospital fue que en la inmensa mayoría de pacientes mayores de 75 se tiende a prescribir enemas salinos en vez de enemas con fosfatos, pero llama la atención que se prescriban estos últimos en pacientes con un número elevado de factores de riesgo para hacer complicaciones serias por este tipo de tratamiento.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

FASES IMPLANTACIÓN y COMPARACION: Se realizan sesiones en servicios médicos para concienciación de del problema. Recoger de la misma forma datos una vez implantada la docencia Comparar y ver si ha habido mejoría (si se han pautado menos enemas con fosfato en pacientes con factores de riesgo para presentar complicaciones por este tipo de tratamientos. Se observó una menor prescripción de enemas con fosfato a raíz de realizar las sesiones divulgativas. Enemas casen administrados 01/10/2021 al 01/10/2022: 209 Enemas casen administrados 01/10/2022 al 01/10/2023: 82

PROPUESTAS DE MEJORA

Continuar concienciando a los facultativos y profesionales sanitarios de las indicaciones y riesgos de estos tipos de tratamiento. Actualmente se está trabajando en un sistema de alerta y aviso en el momento de la prescripción informática.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Ficha técnica enema casen. [Autorización Jun 1995; revisión Sep 2009]. Disponible en: www.aemps.gob.es/gl/informa/notasInformativas/./enema-casen_FT.pdf
- [2] M. Adamcewicz, D. Bearely, G. Porat, F. Friedenberg. Mechanism of action and toxicities of purgatives used for colonoscopy preparation. Expert Opin Drug Metab Toxicol., 7 (2011), pp. 89-101 <http://dx.doi.org/10.1517/17425255.2011.542411> | Medline
- [3] Y. Ori, B. Rozen-Zvi, A. Chagnac, M. Herman, B. Zingerman, E. Atar, et al. Fatalities and severe metabolic disorders associated with the use of sodium phosphate enemas: a single center's experience. Arch Intern Med., 172 (2012), pp. 263-265 <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.694> | Medline
- [4] R. Farah. Fatal acute sodium phosphate enemas intoxication. Acta Gastroenterol Belg., 68 (2005), pp. 392-393 Medline

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- [5] H.J. Hsu, M.S. Wu. Extreme hyperphosphatemia and hypocalcemic coma associated with phosphate enema. Intern Med, 47 (2008), pp. 643-646 Medline
- [6] G. Niv, T. Grinberg, R. Dickman, D. Wasserberg, Y. Niv. Perforation and mortality after cleansingenema for acute constipation are not rare but are preventable. International Journal of General Medicine, 6 (2013), pp. 323-328 <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S44417> | Medline
- [7] Gutiérrez E1, E. González, E. Hernández, J.C. Herrero, M.J. Manzanera, J.A. García, et al. Acute hyperphosphatemia secondary to phosphate administration for bowel preparation. Nefrología., 24 (2004), pp. 283-287 Medline

PROYECTO 27

CAMBIO DE VIDA SALUDABLE CON TU MEDICO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

INSTITUTO VALENCIANO DIGESTIVO

Comunidad Valenciana. Valencia

Autor/es: XAVIER CORTES RIZO

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Otros (Fundaciones, colegios profesionales, sociedades científicas...)

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Mejorar la adherencia al tratamiento y/o recomendaciones mediante la creación y distribución de material audiovisual a nuestros pacientes de cara a guiarlos en cómo conseguir un cambio de hábitos saludables y con ello alcanzar una mejor calidad de vida.

PUESTA EN MARCHA

OBJETIVO GLOBAL del proyecto: Mejorar la adherencia al tratamiento y/o recomendaciones mediante la creación y distribución de material audiovisual a nuestros pacientes de cara a guiarlos en cómo conseguir un cambio de hábitos saludables y con ello alcanzar una mejor calidad de vida. OBJETIVO CONCRETO del proyecto: Analizar la influencia que ejerce la identidad de los médicos/nutricionistas/psicóloga que aparecen en el contenido audiovisual, en pacientes

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



con síndrome de intestino irritable, sobre las siguientes variables de estudio: mejora global de los síntomas (IBS-SSS), Calidad de vida (EuroQol 5D) y SF 36, escala de ansiedad/depresión HADS, nivel de actividad física, nivel de adherencia a la dieta mediterránea, nivel de alianza terapéutica, y mejora de síntomas específicos: dolor, distensión, consistencia de heces y tránsito intestinal. Planteamos la hipótesis de que aquellos pacientes que visualicen a su “propio facultativo” dándoles las indicaciones sobre un estilo saludable basado en el establecimiento de conductas alimentarias saludables y en la práctica regular de ejercicio físico obtendrán mayores beneficios en las diferentes variables analizadas en comparación con los del grupo control de un “médico desconocido”. ¿A quién ira dirigido? La población de estudio inicial será pacientes con diagnóstico de Síndrome Intestino irritable, después se ampliará a dispepsia y por último, se universalizará a todos nuestros pacientes, junto con todos los talleres y herramientas que ya ofrecemos de vida saludable.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Mejora global de los síntomas (IBS-SSS), Calidad de vida (EuroQol 5D) y SF 36, escala de ansiedad/depresión HADS, nivel de actividad física, nivel de adherencia a la dieta mediterránea, nivel de alianza terapéutica, y mejora de síntomas específicos.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Implica trabajo inicial en la grabación de los videos iniciales, pero grabados en formato píldora (5min de duración máximo) permite adaptarlos a varios tratamientos. Pero el resto del proyecto, es sólo de medición.

PROPUESTAS DE MEJORA

Disponer de medios audiovisuales (plató de grabación o espacios) mejores

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

Tras años de experiencia en consulta, tenemos la certeza que un cambio en el estilo de vida saludable, mejora en cascada muchos de los síntomas con los que viene el paciente a consulta. El paciente necesita el tratamiento, el acompañamiento y el abordaje integral de la patología (tratamiento alimentación, psicología y deporte)

BIBLIOGRAFÍA

- Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. Clin Epidemiol. 2014;6:71-80 <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40245>
- Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. Lancet. 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31548-8. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33049223. 3- Ther. 2019 Jul;50(2):132-143. doi: 10.1111/apt.15325. Epub 2019 Jun
- PMID: 31157418.
- Johannesson E, Ringström G, Abrahamsson H, Sadik R. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. World J Gastroenterol. 2015 Jan 14;21(2):600-8. doi: 10.3748/wjg.v21.i2.600. PMID: 25593485; PMCID: PMC4294172. 5- Creed, Francis (2019). Review article: the incidence and risk factors for irritable bowel syndrome in population-based studies. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, (), -. doi:10.1111/apt.15396
- 6- Pimentel M, Lembo A. Microbiome and Its Role in Irritable Bowel Syndrome. Dig Dis Sci. 2020 Mar;65(3):829-839. doi: 10.1007/s10620-020-06109-5. PMID: 32026278
- 7- Orock, A., & Yuan, T. (2021). Importance of Non-pharmacological Approaches for Treating Irritable Bowel Syndrome: Mechanisms and Clinical Relevance. Frontiers in Pain Research, 1. <https://doi.org/10.3389/fpain.2020.609292>
- 8- . PMID: 34249316; PMCID: PMC8231425.
- 9- Spiller R. Impact of Diet on Symptoms of the Irritable Bowel Syndrome. Nutrients. 2021 Feb 9;13(2):575. doi: 10.3390/nu13020575. PMID: 33572262; PMCID: PMC7915127.
- 10- Ford AC, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. BMJ. 2012 Sep 4;345:e5836. doi: 10.1136/bmj.e5836. PMID: 22951548. 11- Badia X, Mearin F, Balboa A, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. Pharmacoeconomics 2002;20:749-58.
- 12- Almansa, Cristina, Díaz-Rubio, Manuel, & Rey, Enrique. (2011). Manejo clínico de los pacientes con síndrome de intestino irritable: resultados de una encuesta entre gastroenterólogos españoles. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 103(11), 570-575. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011001100003>

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 13- Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002;123:2108–2131.
- 14- Whitehead WE, Burnett CK, Cook EW, Taub E. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Dig Dis Sci*. 1996;41:2248–2253
- 15- Zugasti Murillo A, Estremera Arévalo F, Petrina Jáuregui E. Dieta pobre en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en el síndrome de intestino irritable: indicación y forma de elaboración. *Endocrinología y Nutrición*. 2016;63(3):132-138.
- 16- Matricon J, Meleine M, Gelot A, Piche T, Dapoigny M, Muller E, Ardid D. Review article: Associations between immune activation, intestinal permeability and the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:1009–1031
- 17- Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480–1491. PMID: 16678561.
- 18- Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). *Atención Primaria* 2017;49(1):42- 19- Masuy I, Pannemans J, Tack J. Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2020 Jun;66(2):136-150. doi: 10.23736/S1121-421X.19.02640-0. Epub 2019 Dec 9. PMID: 31820883.
- 20- Brenner DM, Fogel R, Dorn SD, Krause R, Eng P, Kirshoff R, Nguyen A, Crozier RA, Magnus L, Griffin PH. Efficacy, safety, and tolerability of plecanatide in patients with irritable bowel syndrome with constipation: results of two phase 3 randomized clinical trials. *Am J Gastroenterol*. 2018 May;113(5):735-745. doi: 10.1038/s41395-018-0026-7. Epub 2018 Mar 15. PMID: 29545635.
- 21- Simrén M, Törnblom H, Palsson O, Whitehead W. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017;2(2):112-122. 22- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985 Mar-Apr;100(2):126-31. PMID: 3920711; PMCID: PMC1424733.
- 23- Dasso NA. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nurs Forum*. 2019 Jan;54(1):45-52. doi: 10.1111/nuf.12296. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30332516.
- 24- Gisela Ringström, Elisabet Johannesson, Eva Jakobsson Ung & Riadh Sadik (2018) Experiences of the effects of physical activity in persons with irritable bowel syndrome (IBS): a qualitative content analysis, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 53:10-11, 1194-1200, 25- Fani M, Mostamand J, Fani M, Chitsaz N, Feizi A. The effect of aerobic exercises among women with mild and moderate irritable bowel syndrome: A pilot

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



study. J Bodyw Mov Ther. 2019 Jan;23(1):161-165. doi: 10.1016/j.jbmt.2018.02.003. Epub 2018 Feb 5. PMID: 30691746. 26- . Cytokine. 2018 Feb;102:18-25. doi: 10.1016/j.cyto.2017.12.016. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29274540. 27- Sadeghian M, Sadeghi O, Hassanzadeh Keshteli A, Daghighzadeh H, Esmailzadeh A, Adibi P. Physical activity in relation to irritable bowel syndrome among Iranian adults. PLoS One. 2018 Oct 18;13(10):e0205806. doi: 10.1371/journal.pone.0205806. PMID: 30335859; PMCID: PMC6193664. 28- . Grad , Simona; Dumitrascu, Dan L. (2019). Irritable Bowel Syndrome Subtypes: New Names for Old Medical Conditions. Digestive Diseases, (), 1–6. doi:10.1159/000505287 29- Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. Am J Gastroenterol. 2011 May;106(5):915-22. doi: 10.1038/ajg.2010.480. Epub 2011 Jan 4. PMID: 21206488. 30- Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. Sports Medicine and Health Science 2019;1(1):3-10.

- 31- Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? Pain Pract. 2003 Dec;3(4):310-6. doi: 10.1111/j.1530-7085.2003.03034.x. PMID: 17166126.
- 32- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997 Sep;32(9):920-4. doi: 10.3109/00365529709011203. PMID: 9299672

PROYECTO 28

"CÓDIGO SHOCK CARDIOGÉNICO - UNA ESTRATEGIA MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORAR LA ATENCIÓN"

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Martínez-Sellés M, Hernández-Pérez FJ, Uribarri A, Martín Villén L, Zapata L, Alonso JJ, Amat-Santos IJ, Ariza-Solé A, Barrabés JA, Barrio JM, Canteli Á, Alonso-Fernández-Gatta M, Corbí Pascual MJ, Díaz D, Crespo-Leiro MG, de la Torre-Hernández JM, Ferrera C, García González MJ, García-Carreño J, García-Guereta L, García Quintana A, Jorge Pérez P, González-Juanatey JR, López de Sá E, Sánchez PL, Monteagudo M, Palomo López N, Reyes G, Rosell F, Solla Buceta MA, Segovia-Cubero J, Sionis Green A, Stepanenko A, Iglesias Álvarez D, Viana Tejedor A, Voces R, Fuset Cabanes MP, Gimeno Costa JR, Díaz J, Fernández-Avilés F.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Cardiología

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El proyecto "Código Shock Cardiogénico (SC) - Una estrategia multidisciplinar para mejorar la atención" tiene por objetivo mejorar el manejo de los pacientes con SC. Para ello se plantean tres fases:

- 1) Documento multidisciplinar de expertos (ya realizado). Se ha publicado el documento Código Shock 2023 avalado por todas las Sociedades Científicas Implicadas en Revista Española de Cardiología [17].
- 2) Encuesta anónima enviada a distintos especialistas de hospitales españoles para identificar las diferencias en la práctica clínica. (en desarrollo, ya con resultados preliminares que se detallan a continuación).
- 3) Protocolización de la asistencia a estos pacientes en la Comunidad de Madrid mediante el desarrollo de un programa oficial de Código Shock (pendiente de realizar). La principal necesidad es asegurar que el manejo de los pacientes con SC se realice de forma óptima con tiempos de diagnóstico y tratamiento cortos que permitan mejorar los resultados. Nuestro proyecto con sus tres fases permitirá mejorar la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en situación de SC, asegurando que los pacientes son atendidos en los centros que están más capacitados para proporcionar un manejo adecuado. Nuestro proyecto trata de cubrir estas necesidades ya que el documento de expertos sienta las bases para un abordaje adecuado a estos pacientes, la encuesta realizada, en sus datos preliminares, muestra una gran variación en el manejo de pacientes con SC, identificando puntos de mejora. Por último, nuestro objetivo es desarrollar un código SC oficial en la Comunidad de Madrid que permita cubrir estas necesidades.

PUESTA EN MARCHA

Antecedentes. Estudios previos sugieren variabilidad y margen de mejora en el manejo de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en situación de shock cardiogénico (SC). Nuestro proyecto consta de tres fases para mejorar el abordaje multidisciplinar a estos pacientes:

- 1) Documento multidisciplinar de expertos (ya realizado)
- 2) Encuesta anónima enviada a distintos especialistas de hospitales españoles (en desarrollo, ya con resultados preliminares que se detallan a continuación)
- 3) Protocolización de la asistencia a estos pacientes en la Comunidad de Madrid mediante el desarrollo de un programa oficial de Código Shock (pendiente de realizar).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Resultados:

- 1) Publicación del documento Código Shock 2023 avalado por todas las Sociedades Científicas Implicadas en Revista Española de Cardiología.
 - 2) Resultados preliminares de la encuesta: De momento hemos obtenido 50 respuestas, tanto de cardiólogos (36 – 72%) como no cardiólogos (14 – 28%). La media anual de ECMO en pacientes con SC es de $16,7 \pm 11,3$ y de Impellas en pacientes con SC de $8,7 \pm 8,3$. El balón de contrapulsación intraaórtico se utiliza en la mayoría de ECMOs (31-62 %) y se utiliza Impella en 7 (14 %). En 36 (72%) el ECMO se utiliza como tratamiento para el paro cardíaco. En 10 la extracción del ECMO es percutánea (20%). En 25 (50%) la edad es una contraindicación relativa; 17 cuentan con un equipo ECMO móvil (34%) y 23 (46%) recibieron pacientes ECMO de otros centros en el último año. ECMO prepurgado solo se utiliza en 16 (32%). El implante de ECMO se realiza bajo control ecográfico en 31 (62%), solo con angiografía en 3 (6%) y con ambas en 11 (22%). El catéter de Swan-Ganz se utiliza de forma rutinaria en 8 (16%), solo en casos dudosos en 24 (48%) y en la mayoría de los casos en 8 (16%). La estrategia ECMO despierto se utiliza poco o nada en 28 (56%), en casos seleccionados en 17 (34%) y de forma rutinaria en 5 (10%).
- Conclusión: Nuestro proyecto con sus tres fases permitirá mejorar la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en situación de SC. El documento de expertos sienta las bases para un abordaje adecuado a estos pacientes, la encuesta realizada, en sus datos preliminares, muestra una gran variación en el manejo de pacientes con SC. Nuestro objetivo es desarrollar un código SC oficial en la Comunidad de Madrid.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. INDICADORES PROPUESTOS - Existencia de programas regional de asistencia multidisciplinaria al SC (código SC) - Volumen de pacientes con SC y SCM por centro - Tiempo puerta-implante SCM - Mortalidad hospitalaria del paciente con SC (pacientes fallecidos por SC/total de pacientes ingresados por SC) - Porcentaje de pacientes con SC secundario a síndrome coronario agudo tratados con coronariografía emergente

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lecciones aprendidas La mortalidad por shock cardiogénico (SC) sigue siendo inaceptablemente elevada. Los motivos por los que el pronóstico del SC continúa siendo pobre, con una supervivencia en torno al 50%, a pesar del desarrollo del soporte circulatorio mecánico (SCM) son variados pero el retraso en el diagnóstico y en el tratamiento, la falta de protocolización y la atención en centros con poco volumen son algunos de ellos. El manejo de estos pacientes y dispositivos requiere capacitación y experiencia especializadas y una coordinación a todos los niveles de la asistencia sanitaria. La escasa experiencia, los bajos volúmenes y la heterogeneidad en la práctica clínica influyen de forma negativa en los resultados. **¿Cambios/mejoras importantes realizadas?** Nuestro proyecto aporta un camino claro para intentar mejorar los resultados en pacientes con SC.

- 1) Documento multidisciplinar de expertos (ya realizado).
- 2) Encuesta anónima enviada a distintos especialistas de hospitales españoles para identificar las diferencias en la práctica clínica. (en desarrollo).
- 3) Protocolización de la asistencia a estos pacientes en la Comunidad de Madrid mediante el desarrollo de un programa oficial de Código Shock (pendiente de realizar). Nuestra experiencia muestra que la protocolización de la atención a estos pacientes permite un manejo homogéneo, incluso durante los fines de semana y las noches (off-hours).

Logros y Conclusiones Nuestro proyecto con sus tres fases permitirá mejorar la asistencia a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en situación de SC. El documento de expertos sienta las bases para un abordaje adecuado a estos pacientes, la encuesta realizada, en sus datos preliminares, muestra una gran variación en el manejo de pacientes con SC. Nuestro objetivo es desarrollar un código SC oficial en la Comunidad de Madrid. Los datos preliminares de nuestra encuesta confirman que existe una gran variación en el tratamiento de los pacientes con SC entre los hospitales españoles. Hemos encontrado diferencias en los protocolos clínicos específicos del centro, el volumen, los recursos y las prácticas de capacitación. Existe la necesidad de registrar el manejo de la SC en un registro nacional prospectivo para medir las complicaciones, la utilización de recursos y el resultado. El desarrollo de un código SC oficial en cada Comunidad Autónoma y, en concreto, en la Comunidad de Madrid es clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA

El pronóstico del shock cardiogénico (SC) continúa siendo pobre. Proponemos una protocolización de su asistencia, con una estructura de atención piramidal, que permitirá mejorar de forma clara su pronóstico. Las pautas actuales recomiendan considerar el uso precoz de soporte circulatorio mecánico en estos pacientes y su implantación, cuando están indicados, en centros de alto volumen. La implementación de nuestro proyecto tendrá un gran impacto en una patología grave y permitirá un abordaje multidisciplinar coordinado a estos pacientes.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

Fortalezas y limitaciones Nuestro proyecto está todavía en desarrollo y ha contado con aportaciones multidisciplinares e incluirá información de un gran número de centros que reflejen la práctica clínica real en el manejo de los pacientes con SC en España. Incluimos centros de alto y bajo volumen, pero puede haber pacientes con CS admitidos en otros hospitales que no lleguen a contestar la encuesta. El hecho de que nuestros resultados se basen en una encuesta nacional también es una limitación, ya que la situación en otros países podría ser diferente. Además, la mayoría de los médicos que, de momento, han respondido nuestra encuesta eran cardiólogos de adultos, por lo que las extrapolaciones a otros entornos o especialidades, de momento, pueden ser difíciles. Finalmente, las prácticas dentro del mismo departamento pueden tener variaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Solano J, Sousa-Casasnovas I, Bellón-Cano JM, García-Carreño J, Juárez-Fernández M, Díez-Delhoyo F, Sanz-Ruiz R, Devesa-Cordero C, Elízaga-Corrales J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Lactate levels as a prognostic predict in cardiogenic shock under venoarterial extracorporeal membrane oxygenation support. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022 Jul;75(7):595-603. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2021.08.020.
- Parlow S, Santo PD, Sterling LH, Goodliffe L, Motazedian P, Prosperi-Porta G, Morgan B, Koopman Z, Jung RG, Lepage-Ratte MF, Robinson L, Feagan H, Simard T, Wells GA, Kyeremanteng K, Ainsworth C, Amin F, Marbach JA, Fernando SM, Labinaz M, Belley-Cote EP, Hibbert B, Mathew R. Inotrope versus Placebo Therapy in Cardiogenic Shock: Rationale and Study Design of the CAPITAL DOREMI2 Trial. Am Heart J. 2023 Apr 22:S0002-8703(23)00097-2. doi: 10.1016/j.ahj.2023.04.010.
- Schrage B, Sundermeyer J, Beer BN, Bertoldi L, Bernhardt A, Blankenberg S, Dauw J, Dindane Z, Eckner D, Eitel I, Graf T, Horn P, Kirchhof P, Kluge S, Linke A, Landmesser U, Luedike P, Lüsebrink E, Mangner N, Maniuc O, Winkler SM, Nordbeck P, Orban M, Pappalardo F, Pauschinger M, Pazdernik M, Proudfoot A, Kelham M, Rassaf T, Reichenspurner H, Scherer C, Schulze PC, Schwinger RHG, Skurk C, Sramko M, Tavazzi G, Thiele H, Villanova L, Morici N, Wechsler A, Westenfeld R, Winzer E, Westermann D. Use of mechanical circulatory support in patients with non-ischaemic cardiogenic shock. Eur J Heart Fail. 2023 Apr;25(4):562-572. doi: 10.1002/ejhf.2796. 4. Schmack L, Schmack B, Papathanasiou M, Al-Rashid F, Weymann A, Pizanis N, Kamler M, Ruhparwar A, Rassaf T, Luedike P. Central extracorporeal circulatory life support (cECLS) in selected patients

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- with critical cardiogenic shock. *Front Cardiovasc Med*. 2023 Apr 17;10:1142953. doi: 10.3389/fcvm.2023.1142953.
- Ardito V, Sarucanian L, Rognoni C, Pieri M, Scandroglio AM, Tarricone R. Impella Versus VA-ECMO for Patients with Cardiogenic Shock: Comprehensive Systematic Literature Review and Meta-Analyses. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2023 Apr 5;10(4):158. doi: 10.3390/jcdd10040158.
 - 6. Bansal A, Belford PM, Truesdell AG, Sinha SS, Zhao DX, Vallabhajosyula S. Meta-Analysis on Left Ventricular Unloading With Impella in Patients With Cardiogenic Shock Receiving Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Am J Cardiol*. 2023 Apr 15;193:52-54. doi: 10.1016/j.amjcard.2023.01.053.
 - 7. Mornese Pinna S, Sousa Casasnovas I, Olmedo M, Machado M, Juárez Fernández M, Devesa-Cordero C, Galar A, Alvarez-Uria A, Fernández-Avilés F, García Carreño J, Martínez-Sellés M, De Rosa FG, Corcione S, Bouza E, Muñoz P, Valerio M. Nosocomial Infections in Adult Patients Supported by Extracorporeal Membrane Oxygenation in a Cardiac Intensive Care Unit. *Microorganisms*. 2023 Apr 20;11(4):1079. doi: 10.3390/microorganisms11041079.
 - 8. Sklar MC, Sy E, Lequier L, Fan E, Kanji HD. Anticoagulation Practices during Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation for Respiratory Failure. A Systematic Review. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Dec;13(12):2242-2250. doi: 10.1513/AnnalsATS.201605-364SR.
 - 9. Sanfilippo F, Currò JM, La Via L, Dezio V, Martucci G, Brancati S, Murabito P, Pappalardo F, Astuto M. Use of nafamostat mesilate for anticoagulation during extracorporeal membrane oxygenation: A systematic review. *Artif Organs*. 2022 Dec;46(12):2371-2381. doi: 10.1111/aor.14276.
 - 10. Sanfilippo F, La Via L, Murabito P, Pappalardo F, Astuto M. More evidence available for the use of Bivalirudin in patients supported by extracorporeal membrane oxygenation. *Thromb Res*. 2022 Mar;211:148-149. doi: 10.1016/j.thromres.2022.02.007.
 - 11. Beavers CJ, DiDomenico RJ, Dunn SP, Cox J, To L, Weeks P, Trujillo TC, Jennings DL. Optimizing anticoagulation for patients receiving Impella support. *Pharmacotherapy*. 2021 Nov;41(11):932-942. doi: 10.1002/phar.2629.
 - 12. Vandenbriele C, Arachchillage DJ, Frederiks P, Giustino G, Gorog DA, Gramegna M, Janssens S, Meyns B, Polzin A, Scandroglio M, Schrage B, Stone GW, Tavazzi G, Vanassche T, Vranckx P, Westermann D, Price S, Chieffo A. Anticoagulation for Percutaneous Ventricular Assist Device-Supported Cardiogenic Shock: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2022 May 17;79(19):1949-1962. doi: 10.1016/j.jacc.2022.02.052.
 - 13. Succar L, Sulaica EM, Donahue KR, Wanat MA. Management of Anticoagulation with Impella® Percutaneous Ventricular Assist Devices

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- and Review of New Literature. *J Thromb Thrombolysis*. 2019 Aug;48(2):284-291. doi: 10.1007/s11239-019-01837-6.
- 14. Martin-Villen L, Martínez-Sellés M, Diaz-Fernandez JF, Zapata-Fenor L. Cardiogenic shock code 2023, towards a quality multidisciplinary organization. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2023 May 10:S2173-5727(23)00046-2. doi: 10.1016/j.medine.2023.04.001.
 - 15. Araki T, Kondo T, Imaizumi T, Sumita Y, Nakai M, Tanaka A, Okumura T, Yang M, Butt JH, Petrie MC, Murohara T. Relationship between the volume of cases and in-hospital mortality in patients with cardiogenic shock receiving short-term mechanical circulatory support. *Am Heart J*. 2023 Apr 7;261:109-123. doi: 10.1016/j.ahj.2023.03.017.
 - 16. Linke NJ, Fulcher BJ, Engeler DM, Anderson S, Bailey MJ, Bernard S, Board JV, Brodie D, Buhr H, Burrell AJC, Cooper DJ, Fan E, Fraser JF, Gattas DJ, Higgins AM, Hopper IK, Huckson S, Litton E, McGuinness SP, Nair P, Orford N, Parke RL, Pellegrino VA, Pilcher DV, Sheldrake J, Reddi BAJ, Stub D, Trapani TV, Udy AA, Hodgson CL; EXCEL Investigators. A survey of extracorporeal membrane oxygenation practice in 23 Australian adult intensive care units. *Crit Care Resusc*. 2020 Jun;22(2):166-170.
 - 17. Martínez-Sellés M, Hernández-Pérez FJ, Uribarri A, Martín Villén L, Zapata L, Alonso JJ, Amat-Santos IJ, Ariza-Solé A, Barrabés JA, Barrio JM, Canteli Á, Alonso-Fernández-Gatta M, Corbí Pascual MJ, Díaz D, Crespo-Leiro MG, de la Torre-Hernández JM, Ferrera C, García González MJ, García-Carreño J, García-Guereta L, García Quintana A, Jorge Pérez P, González-Juanatey JR, López de Sá E, Sánchez PL, Monteagudo M, Palomo López N, Reyes G, Rosell F, Solla Buceta MA, Segovia-Cubero J, Sionis Green A, Stepanenko A, Iglesias Álvarez D, Viana Tejedor A, Voces R, Fuset Cabanes MP, Gimeno Costa JR, Díaz J, Fernández-Avilés F. Cardiogenic shock code 2023. Expert document for a multidisciplinary organization that allows quality care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2023 Apr;76(4):261-269. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2022.10.014.
 - 18. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, Huy NT, Marušić A, Paul CL, Kwok J, Karbwang J, de Waure C, Drummond FJ, Kizawa Y, Taal E, Vermeulen J, Lee GHM, Gyedu A, To KG, Verra ML, Jacqz-Aigrain ÉM, Leclercq WKG, Salminen ST, Sherbourne CD, Mintzes B, Lozano S, Tran US, Matsui M, Karamouzian M. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021 Oct;36(10):3179-3187.
 - 19. Gómez-Sánchez R, García-Carreño J, Martínez-Solano J, Sousa-Casasnovas I, Juárez-Fernández M, Devesa-Cordero C, Sanz-Ruiz R, Gutiérrez-Ibañes E, Elízaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Off-Hours versus Regular-Hours Implantation of Peripheral Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation in Patients with Cardiogenic Shock. *J Clin Med*. 2023 Feb 27;12(5):1875. doi: 10.3390/jcm12051875.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 20. Xiao X, Bloom JE, Andrew E, Dawson LP, Nehme Z, Stephenson M, Anderson D, Fernando H, Noaman S, Cox S, Chan W, Kaye DM, Smith K, Stub D. Age as a predictor of clinical outcomes and determinant of therapeutic measures for emergency medical services treated cardiogenic shock. J Geriatr Cardiol. 2023 Jan 28;20(1):1-10. doi: 10.26599/1671-5411.2023.01.004.
- 21. Scupakova N, Urbonas K, Jankuviene A, Puodziukaite L, Andrijauskas P, Janusauskas V, Zorinas A, Laurusonis K, Serpytis P, Samalavicius R. Extracorporeal Life Support for Cardiogenic Shock in Octogenarians: Single Center Experience. J Clin Med. 2023 Jan 11;12(2):585. doi: 10.3390/jcm12020585.
- 22. Delmas C, Pernot M, Le Guyader A, Joret R, Roze S, Lebreton G. Budget Impact Analysis of Impella CP® Utilization in the Management of Cardiogenic Shock in France: A Health Economic Analysis. Adv Ther. 2022 Mar;39(3):1293-1309. doi: 10.1007/s12325-022-02040-5.
- 23. Colombo CNJ, Dammasa V, Klersy C, Camporotondo R, Pellegrini C, Mojoli F, Tavazzi G. Heart rate control and haemodynamic improvement with ivabradine in cardiogenic shock patient on mechanical circulatory support. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2022 Dec 27;11(12):916-921. doi: 10.1093/ehjacc/zuac133.
- 24. Liu Y, Zhang L, Yao Y, Li Y, Qin W, Li Y, Xue W, Li P, Chen Y, Chen X, Guo H. Effects of levosimendan on the outcome of veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation: a systematic review and meta-analysis. Clin Res Cardiol. 2023 May 22. doi: 10.1007/s00392-023-02208-1.
- 25. Bangalore S, Horowitz JM, Beam D, Jaber WA, Khandhar S, Toma C, Weinberg MD, Mina B. Prevalence and Predictors of Cardiogenic Shock in Intermediate-Risk Pulmonary Embolism: Insights From the FLASH Registry. JACC Cardiovasc Interv. 2023 Apr 24;16(8):958-972. doi: 10.1016/j.jcin.2023.02.004.

PROYECTO 29

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTE JOVEN.

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Althaia Manresa

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Peña Cadierno, S

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

108

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo es ejemplificar un caso prototipo de tratamiento conservador en contexto de enfermedad renal crónica en un paciente joven. Cubre la necesidad de coordinar esfuerzos entre diferentes niveles asistenciales, demostrando que la falta de dicha coordinación repercute en el gasto sanitario.

PUESTA EN MARCHA

Paciente joven que consultaba reiteradamente tanto en urgencias de su CAP como en urgencias hospitalarias, con elevado consumo de recursos. Se requirió remitir a la paciente a la consulta monográfica de Enfermedad Renal Crónica Avanzada para educación sanitaria de la misma y su familia. Se consensuó limitación del esfuerzo terapéutico con los diferentes niveles asistenciales. Se redujo el número de atenciones y reingresos. Se mejoró la satisfacción del paciente y familia. Se redujo el gasto sanitario.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Resultado en número de atenciones urgentes, número de ingresos y reingresos.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Hemos aprendido que no todo el mundo requiere de los mismos niveles de consumo de recursos. Una consulta especializada, optimiza dichos recursos con la mayor satisfacción del paciente. La coordinación entre niveles asistenciales se traduce en conductas unificadas y consistentes que dan seguridad al paciente y confort ante un desenlace fatal de la enfermedad.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Divulgar la existencia de dicha consulta monográfica en su zona de influencia para concentrar los casos de Enfermedad Crónica Renal Avanzada, para tutorizar a los pacientes en la toma de decisiones ante una enfermedad progresiva y limitante.

OBSERVACIONES

El trabajo conjunto en favor del bienestar del paciente se concreta en resultados de satisfacción del mismo y su familia. Así mismo, la nefrología centrada en el paciente, es además coste-eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- A. Tejedor y X. de las Cuevas Bou. "Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (grado 5) no susceptible de tratamiento dialítico". 2008 Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.
- 2.- María Victoria Rubio Rubioa, Luis Miguel Lou Arnala, José Antonio Gimeno Orna, Paula Munguía Navarroa, Alex Gutiérrez-Dalmaua, Elena Lambán Iborc, Javier Paúl Ramosa, Raquel Pernaute Lavilla a, Belén Campos Gutiérreza y Alberto San Juan Hernández-Francha. Supervivencia y calidad de vida en pacientes ancianos en tratamiento renal conservador. N e f r o l o g í a 2 0 1 9; 3 9(2):141–150.

PROYECTO 30

INCREMENTO DE CALIDAD DE VIDA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Sierrallana

Cantabria

Autor/es: Ana María Arnáiz García

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Menos de una semana

Objetivo y necesidad que cubre: Incremento de la calidad de vida en pacientes anticoagulados de forma crónica con anemia ferropénica refractaria a suplementación de hierro vía enteral.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

En aquellos pacientes que cumplen con lo anterior (anticoagulados y anemia ferropénica crónica refractaria a tratamiento oral), la administración de suplementación con hierro parenteral, no sólo mejora los parámetros analíticos si no también, su calidad de vida.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Administración de ferroterapia endovenosa en pacientes con anemia ferropénica y anticoagulados. Se reducen los periodos de ingreso hospitalario, necesidad de transfusiones de hemoderivados y se incrementa su calidad de vida.

PROPUESTAS DE MEJORA

Implantación de protocolos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1: Froessler B, Gajic T, Dekker G, Hodyl NA. Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia with intravenous ferric carboxymaltose in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2018 Jul;298(1):75-82. doi: 10.1007/s00404-018-4782-9. Epub 2018 May 8. PMID: 29740690; PMCID: PMC5995983.
- 2: Cotter J, Baldaia C, Ferreira M, Macedo G, Pedroto I. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anemia in gastrointestinal bleeding: A systematic review. World J Gastroenterol. 2020 Dec 7;26(45):7242-7257. doi: 10.3748/wjg.v26.i45.7242. PMID: 33362380; PMCID: PMC7723662.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 31

PROYECTO COAGULÍN

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comunidad de Madrid

Autor/es: RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Hematología

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo de cualquier servicio médico debe ser el de gestionar los recursos para lograr la mejor atención posible a los pacientes, entendiendo como mejor atención aquella que genera los mejores resultados en la salud del paciente, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, en el menor plazo posible y de la forma más humana y eficiente. El seguimiento de la anticoagulación oral en los niños que están en tratamiento con fármacos AVK, precisa de controles analíticos periódicos para monitorizar el efecto, debido a la variabilidad farmacocinética del fármaco anticoagulante y al alto riesgo de desarrollar complicaciones tromboticas o hemorrágicas secundarias.

Estos controles se han realizado de forma habitual en los centros sanitarios (hospital o centro de salud), donde el niño acompañado por sus padres o tutores, acuden con una periodicidad de 10-15 veces al año, lo que a la larga se va a traducir en un alto índice de visitas y asistencia al hospital y un altísimo coste humano en concepto de calidad de vida. Con la premisa fundamental de humanizar dicha asistencia sanitaria y siempre manteniendo unos resultados clínicos fiables y seguros en un grupo poblacional especialmente vulnerable, redefinimos un nuevo proceso de atención, mediante la puesta en marcha del control de la anticoagulación oral en el domicilio (telecontrol). Gracias a la implementación de nuevas herramientas digitales que ayudaron al desarrollo del proyecto, pretendíamos demostrar que era posible evitar el desplazamiento innecesario de los menores al centro sanitario, consiguiendo que no haya pérdida de días de colegio, reduciendo el "sentimiento de enfermedad" y activando a las familias en el control y conocimiento de la patología de sus hijos, pudiendo todo ellos influir en resultados clínicos más satisfactorios (medidos en conceptos de adecuados rangos de anticoagulación, altos porcentajes de Tiempos en Rango Terapéutico (TRT) y la no presencia complicaciones hemorrágicas o tromboticas) al generar un ambiente óptimo y de confianza. Además, con esta nueva forma de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



entender la relación médico-paciente a través de la telemedicina y la transformación digital, se mejora también la calidad de vida de las familias, evitando pérdidas de días de trabajo y facilitando la conciliación familiar con la consiguiente reducción de las tasas de estrés experimentadas por los pacientes en edad pediátrica y ayudándoles a paliar la angustia que supone tener un hijo con problemas de salud. Esta ganancia generada por el telecontrol, cuantificada en términos de bienestar y seguridad clínica, es, por tanto, especialmente notable en el caso de niños con patologías crónicas, como son los niños anticoagulados, ya que implican de forma clásica la realización de un alto número de controles analíticos que antes se veía inmerso en una política de desplazamientos frecuentes al centro hospitalario y que el telecontrol ha revertido. Poder definir y ampliar este proyecto, permitirá conseguir una sanidad más humana, centrada en el paciente y las familias, y manteniendo la mejor calidad clínica asistencial posible.

PUESTA EN MARCHA

Planteamos un proyecto con un carácter observacional, ambispectivo y longitudinal en el que se comparan dos cohortes: grupo telecontrol y grupo control hospitalario. Durante 2018 se incluyeron pacientes en grupo telecontrol según práctica clínica habitual (anexo 1). En esta visita, se dará la formación al familiar responsable de cómo realizar el control en el domicilio particular (control de la coagulación), como proceder con la punción en el dedo ("punción capilar") y como obtener el análisis posterior de la muestra de sangre en un coagulómetro portátil.

En un segundo paso, se comprobará en ese instante el funcionamiento del circuito informático, donde se explicarán los pasos a seguir en el portal del paciente. El familiar responsable del niño, y siempre bajo la supervisión del personal de enfermería, enviará el resultado de coagulación obtenido a su hematólogo vía web a través del Portal del Paciente. El hematólogo comprobará la recepción del resultado y enviará, por la misma vía, la pauta de tratamiento a seguir, y la fecha de la visita siguiente. Tras comprobar el correcto funcionamiento del circuito, se le hará entrega al familiar, del coagulómetro portátil y tiras reactivas (para una duración aproximada de 6 meses) con el objeto de chequear el buen funcionamiento del mismo pasado ese tiempo con la enfermera responsable de la sección. Debido a las características de los pacientes en edad pediátrica, se tienen en cuenta una serie de consideraciones éticas, de forma que todas las recomendaciones, consejos y tratamientos, se realizan a través de los padres o tutores. Todos datos analíticos y los relacionados con las pautas de anticoagulación, se recogen mediante la historia clínica informatizada, así como los datos relacionados con la anamnesis y la calidad de vida. Como hemos comentado y dado que la experiencia actual en niños con anticoagulantes orales es limitada, los controles serán más estrechos y con un seguimiento más personalizado por parte del personal de hematología, por lo que, como medida de seguridad adicional, se

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



facilitará un número de teléfono directo con la enfermera de coagulación y una dirección de correo electrónico, en previsión de las posibles complicaciones (tanto técnicas como clínicas) que pudieran surgir a la familia. A partir de enero de 2019 y durante 14 meses, se recogieron las variables clínicas y analíticas definidas en ambos grupos. Desde el fin de periodo de seguimiento y hasta septiembre de 2020, se procedió al análisis e interpretación de resultados. En noviembre a las familias de los niños en telecontrol se les facilitó encuestas de calidad de vida anónimas para conocer su grado de satisfacción. A partir de diciembre/2020 se comenzaron a redactar los resultados y conclusiones. El cronograma puede verse en el anexo 2.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

1. Evaluar la eficacia y seguridad del control de la coagulación en niños en tratamiento crónico con anticoagulantes orales mediante aplicaciones informáticas (telecontrol).
2. Describir las posibles diferencias en complicaciones clínicas y terapéuticas de los pacientes en tratamiento con anti-vitamina k con control domiciliario (telecontrol) frente a aquellos pacientes que siguen controles tradicionales (presenciales).
3. Evaluar el número de controles en rango terapéutico (RT), tiempo de tratamiento en rango (TTR), número de vistas a centros hospitalarios y adecuación de la terapia anticoagulante en ambos grupos.
4. Estudiar el impacto en la calidad de vida de los pacientes en telecontrol. ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

El presente proyecto pretende sentar las bases para el control de coagulación de pacientes en edad pediátrica, mejorando no sólo conceptos de calidad de vida (evitar pérdida de asistencia a clase, estancia hospitalaria, desplazamientos...) y de conciliación familiar, sino también en conceptos de calidad asistencial y eficiencia, con controles más estrechos y personalizados que deriven en unos resultados clínicos adecuados, sin presencia de complicaciones urgentes/graves secundarias. La mejora en la calidad de vida y la conciliación familiar, la fiabilidad de los controles

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



y la seguridad de la realización de la prueba supondrá una mejora asistencial para las familias que evite la sobrecarga que supone tener un hijo con problemas de salud. Se trata de un proyecto, reproducible y exportable, cuyo fin es externalizar el proyecto más allá de nuestra área sanitaria de influencia, para que todos los niños que requieren tratamiento con fármacos antivitaminas K, accedan a este programa facilitando su acceso, independientemente del lugar donde residan (área sanitaria o comunidad autónoma), al ser válido tanto para hospitales de distinto nivel asistencial como centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Los logros obtenidos son evidentes. En concepto de seguridad clínica y calidad asistencial, el telecontrol parece ser una alternativa eficaz y segura, con mejores resultados de INR, mayor número de controles en RT y mayor porcentaje de TRT. Se documentan menor número de visitas a urgencias relacionadas con la anticoagulación, con un índice complicaciones hemorrágicas o trombóticas inferior y una menor necesidad de soporte con HBPM o VK respecto a niños con control hospitalario.

No encontramos diferencias que justificaran la exclusión de niños según la edad, patología de base o rangos de INR, existiendo un alto grado de satisfacción con el telecontrol en concepto de calidad de vida y humanización, al evitar los desplazamientos, la comodidad de la prueba y seguridad de los controles. Por tanto, el proyecto Coagulín es un proyecto novedoso e innovador, que junta las nuevas tecnologías con la sanidad, donde prima la calidad de vida de los niños y sus familias, con una humanización de la asistencia sanitaria, mejora de la conciliación familiar y con un eficiente manejo de la patología que estos pequeños pacientes padecen.

PROPUESTAS DE MEJORA

En la actualidad se necesitan medidas que faciliten la cercanía y difusión del proyecto a todos los niños y sus familias, donde los costes económicos de la puesta en marcha del proyecto van destinados en su totalidad a la obtención de los coagulómetros portátiles y las tiras reactivas. Además, se plantea futura creación de material de ayuda para los niños, como es la creación de cuentos infantiles ("las aventuras de Coagulín") y el desarrollo de nuevas apps médicas que sean más intuitivas y divertidas, para que los niños se sientan sin miedo frente a su enfermedad y responsables de su tratamiento. Por último, tenemos el reto de paliar la dificultad de la difusión del proyecto. En este sentido queremos plantear en el futuro, reuniones y jornadas de "Puertas Abiertas" para las familias de niños anticoagulados, en coordinación con las Direcciones Asistenciales de los distintos centros sanitarios, tanto nivel hospitalario como Atención Primaria y con los responsables de Sociedad Civil, así como sesiones clínicas interhospitalarias, difusión en redes sociales, radios y prensa escrita con el fin de ayudar al mayor número de niños y que todos sean y se sientan SIEMPRE SUPERHÉROES DE LA ANTICOAGULACIÓN.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

Dada la situación excepcional vivida por la crisis sanitaria del covid-19, los resultados y la ampliación del proyecto a mayor número de niños se ha prolongado hasta 2023 donde se siguen incluyendo y actualizando datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Wilson SJ, Wells PS, Kovacs MJ, Lewis GM, Martin J, Burton E, et al. Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. CMAJ. 2003; 169:293
- Hamad MS, van Eekelen E, van Agt T, van Straten AHM. Self management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study. Eur J Card Thorac Surg. 2009; 35:265
- Hanegham C, Ward A, Perera R. The Self Monitoring Trialist Collaboration. Self monitoring of oral anticoagulation: systematic review and metaanalysis of individual patient data. Lancet. 2012; 379:322

PROYECTO 32

PROYECTO ACOMPAÑAMIENTO: HUMANIZAR LOS PROCESOS CLÍNICOS Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Comunidad de Madrid

Autor/es: RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Hematología

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Un mes

Objetivo y necesidad que cubre: Los diagnósticos oncohematológicos generan un deterioro clínico y emocional que dificulta un adecuado seguimiento y tratamiento de los pacientes, pudiendo empeorar el pronóstico final de la enfermedad. En una gran mayoría de casos, tanto el paciente como su familia, al recibir el diagnóstico oncológico les surgen dudas, no solo

116

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



relacionadas con el propio proceso tumoral, sino también con los tipos de tratamiento, el manejo de las visitas al hospital de día para recibir la quimioterapia y/o la forma de proceder en el caso de complicaciones o efectos adversos, quedando la resolución de estas dudas y la relación médico-paciente hipotecada a las visitas presenciales planificadas.

Somos además conscientes de que el objetivo de cualquier servicio médico debe ser el de gestionar adecuadamente los recursos para lograr la mejor atención posible a los pacientes, entendiendo como mejor atención aquella que genera los mejores resultados en la salud del paciente, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, en el menor plazo posible y de la forma más humana y eficiente posible. Ser capaces de escuchar a los pacientes y la familia, dándoles voz y permitiendo humanizar y cuidar de ellos durante todo el proceso asistencial, debería ser el pilar fundamental sobre el que sustentar cualquier tratamiento. En este sentido, el "Proyecto Acompañamiento" surge por esa necesidad de cuidar de las personas. De ser capaces de establecer una relación médico-paciente e incluso médico-paciente-familia, más personalizada, con procesos asistenciales más sencillos y accesibles, que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, escuchando sus necesidades y facilitando un seguimiento mucho más eficiente y humano y siendo capaces de reducir aquellas intervenciones que no aporten valor y generen mayor angustia, respetando el principio básico de "no hacer/no dañar". Con el "Proyecto Acompañamiento" redefinimos este nuevo proceso de atención, donde el beneficio en calidad de vida para el paciente y su familia, la capacidad de hacerles sentir acompañados, el poder evitar los desplazamientos innecesarios a los centros sanitarios (con mayor riesgo en pacientes con inmunosupresión secundaria a la quimioterapia), puede revertirse con nuevas formas de comunicación mediante herramientas digitales, tales como el diálogo web, que permite un contacto directo con el médico o enfermera responsable de forma directa y casi en tiempo real y que nos permita al mismo tiempo mantener resultados clínicos fiables y seguros basado en una relación médica más humana y cercana.

PUESTA EN MARCHA

Proyecto iniciado en enero del 2021, donde se establecieron las bases del proyecto, se elaboró el protocolo para la recogida de variables y una vez aprobado el protocolo y dado a conocer por todo el personal responsable de la atención directa a los pacientes y por parte de la Unidad de Calidad Asistencial de nuestro centro, se comenzó con la inclusión de los pacientes. Consta de una primera fase, denominada "Fase de Humanización", que comienza con la consulta de confirmación diagnóstica, se explica en qué consiste el tratamiento previsto. Se explican los posibles efectos adversos más frecuentes y se resuelven todas las dudas que se plantea tanto por el paciente como por los familiares, permitiéndoles el tiempo necesario para la resolución de las mismas. A continuación, se acompaña al paciente al Hospital de Día Médico, lugar dónde va a recibir tratamiento poliquimioterápico.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Se presenta al equipo responsable de sus cuidados (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y se le asigna un box o sillón según la quimioterapia que vaya a recibir y que será el lugar en el que estará cada vez que venga al tratamiento. Se entrega documentación con los días y horas en los que debe acudir al Hospital de Día y a las consultas presenciales. En esta fase se confirma el acceso al portal del paciente, que es un espacio personal desde el que el paciente o la familia, pueden acceder a toda su información clínica (pruebas diagnósticas, informes clínicos...), así como gestionar sus citas y tener un seguimiento sin esperas ni desplazamientos. El portal del paciente es la herramienta fundamental para la comunicación no presencial y la utilización del diálogo web, ayudando a realizar la alta informática a los pacientes que no lo tienen activo y realizando una prueba básica de funcionamiento. Por último y también en esta visita, se revisa por parte de enfermería los posibles accesos venosos y se le programa la colocación de un catéter venoso central, con el objetivo de que pueda utilizarse desde el primer día de tratamiento, evitando retrasos en el inicio del mismo o pinchazos repetidos para intentar canalizar vías venosas periféricas, favoreciendo de esta manera el principio básico de “no hacer, no dañar”.

La segunda fase, denominada "Fase de Tratamiento", se realiza el seguimiento del paciente durante todo el proceso asistencial de su enfermedad. En cada consulta presencial se refuerzan los cuidados y recomendaciones relacionados con el tratamiento y se resuelven las dudas planteadas. Comprobamos que el paciente y la familia pueden mantener la comunicación con el médico a través del diálogo web. Esta comunicación es muy importante ya que tiene un carácter bidireccional, pudiendo enviar información tanto el paciente al médico, con sus dudas y preguntas, como a la inversa con las indicaciones que el médico envía al paciente en forma de recomendaciones, cuidados a seguir o aspectos de seguimiento personal. Esta forma de comunicación, realizada a través del diálogo web, es la herramienta digital que facilita el contacto con personal sanitario. El paciente o la familia como hemos descrito puede escribir directamente al médico o la enfermera para resolver dudas relacionadas con el tratamiento, la necesidad de consulta adicional o la necesidad de acudir a urgencias. Como medida de seguridad, planteamos que la respuesta debe ser realizada en menos de 8 horas y siempre queda constancia de su lectura y recepción. Con ello, no sólo mantenemos un contacto más estrecho con el paciente/familia y favorecemos ese sentimiento de protección durante todo el proceso asistencial, sino que nos permite adelantarnos a las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o el tratamiento, favoreciendo una adecuación del manejo de dichas complicaciones al poder evitar desplazamientos a urgencias, aparición de efectos adversos y evitando prácticas innecesarias y que no le aporta valor (nuevamente "prácticas de no hacer"). Para finalizar, a todos los pacientes se les envían formularios de calidad de vida y experiencia clínica que son analizados a diario y que están definidos en formularios PREMs “Patients reported experience measures” que evaluarán su experiencia con el proyecto y el tratamiento,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sus recomendaciones y nuevamente las posibles complicaciones que pudieran surgir y que precisaran una atención urgente mediante formularios PROMs “Patients reported outcomes measures”. El envío de ambos formularios, nos permiten aprender de los pacientes, de sus experiencias y sus recomendaciones, adaptando y siendo flexibles al cambio y mejoras sugeridas, para pacientes futuros.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

1. Fase de humanización

- Definir el porcentaje de pacientes que conocen desde la primera consulta diagnóstica, quién es el médico o enfermera responsable de su seguimiento durante el tratamiento oncológico.
- Describir a cuántos pacientes se les canaliza una vía venosa central previamente al inicio del tratamiento poliquimioterápico.
- Analizar cuántos pacientes conocen los días y horas de asistencia al hospital de día y el puesto (sillón o box) donde se les va a administrar quimioterapia durante todos los ciclos de tratamiento.

2. Fase de tratamiento

- Evaluar el uso del diálogo web a través del portal del paciente para dudas relacionadas con la medicación, complicaciones del tratamiento o efectos adversos y necesidad de consultas no programadas.
- Analizar el porcentaje de consultas en urgencias y consultas no programadas evitadas.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes con el proyecto midiendo calidad de vida y experiencia mediante el envío y la resolución de cuestionarios y formularios PROMS “Patients reported outcomes measures” and PREMS “Patients reported experience measures”.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

El “Proyecto Acompañamiento” modifica la forma tradicional de asistencia a pacientes oncohematológicos, por una atención más eficiente y personalizada. El impacto en reducción de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



visitas a urgencias con desplazamientos innecesarios para pacientes inmunodeprimidos, los problemas derivados del tratamiento quimioterápico, como son los efectos adversos al mismo, y el mejor control de la enfermedad, se deben a la mayor individualización en el seguimiento de los pacientes, gracias a la implementación de nuevas herramientas digitales como es el diálogo web, donde la información es reportada por los pacientes y las familias casi en tiempo real, mejorando en eficiencia y sobre todo favoreciendo una adecuada calidad asistencial que humaniza la relación médico-paciente-familia. Con todo ello, conseguimos fomentar y promover prácticas de "no hacer/no dañar" para los pacientes. Ser capaces de darle voz a los pacientes y las familias, escuchando sus necesidades y preocupaciones durante todo su proceso asistencial, eliminando barreras y preocupaciones, van a conseguir a la larga, no solo una mejora durante el periodo de tratamiento, sino y posiblemente esto sea lo más importante, podremos ser capaces de mejorar el pronóstico final de la enfermedad y la supervivencia de los pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA

En el futuro, planteamos la ampliación del proyecto a otros servicios y especialidades en hospitales de distinto nivel asistencial Progresivamente, y en los próximos meses con la inclusión de un mayor número de pacientes que refuercen estos datos, ampliando a pacientes con otros tipos de patologías oncológicas, animará sin duda a otros servicios médicos y quirúrgicos a ganar en experiencia, reforzar y mejorar este proyecto asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Bull C, Teede H, Watson D, Callander EJ. Selecting and implementing patient-reported outcome and experience measures to assess health system performance. JAMA Health Forum 2022;3:e220326 <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2790756> <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.0326>.
- Nguyen H, Butow P, Dhillon H, Sundaresan P. A review of the barriers to using patient-reported outcomes (PROs) and patient-reported outcome measures (PROMs) in routine cancer care. J Med Radiat Sci 2021;68:186-95 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8168064/> <https://doi.org/10.1002/jmrs.421>.
- Peters M, Crocker H, Jenkinson C, Doll H, Fitzpatrick R. The routine collection of patient-reported outcome measures (PROMs) for long-term conditions in primary care: a cohort survey. BMJ Open 2014;4:e003968 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931992/> <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003968>.
- Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. N Eng J Med 2016;374: 504-6. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1511701> <https://doi.org/10.1056/NEJMp1511701>.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 33

EJERCICIO DE FUERZA RESISTENCIA EN EL EMBARAZO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

AREA DE SALUD DE TUDELA

Navarra

Autor/es: Olga Sanz Asin, Teresa Santacruz Sarasqueta

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: EVITAR COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES CON SOBREPESO U OBESIDAD. La creciente tasa de obesidad es un importante problema de salud pública en Occidente, donde el 28% de las mujeres embarazadas tienen sobrepeso y el 11% son obesas (1). A nivel mundial, un 50% de gestantes son obesas o tienen sobrepeso (2). Se ha estimado que una cuarta parte de las complicaciones del embarazo (por ejemplo, hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, recién nacido grande para la edad gestacional) son atribuibles a la obesidad materna o al sobrepeso. (3) Las recomendaciones dietéticas y las modificaciones en el estilo de vida se han descrito como intervenciones efectivas para mejorar el metabolismo materno y prevenir las complicaciones del embarazo asociadas a la obesidad, fundamentalmente la diabetes gestacional y la hipertensión inducida por la gestación.

Hasta ahora se había propuesto casi exclusivamente la realización de ejercicio aeróbico. Pero ya existen muchos estudios que refieren que el ejercicio de resistencia debe ser un componente integral de cualquier programa de entrenamiento (8–10). El aumento de la fuerza muscular inducido por el entrenamiento de resistencia da como resultado una respuesta atenuada al estrés cardiovascular a cualquier carga dada durante las actividades físicas de la vida diaria. Los beneficios potenciales de entrenamiento de resistencia durante el embarazo incluyen disminución del riesgo de dependencia de la insulina en mujeres con sobrepeso con diabetes mellitus gestacional y también mejor postura, dolor de espalda y diástasis de rectos, y fortalecimiento del suelo pélvico (9) El ejercicio de resistencia se puede realizar en casa o incluso en la cama ejerciendo fuerza sobre el cuerpo para llevar a cabo ejercicios básicos de movimiento. El proceso de movimiento es relativamente estable, lo que ayuda a evitar las molestias causadas por el desplazamiento hacia adelante del centro de gravedad al final del embarazo; por lo tanto,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



los pacientes pueden encontrarlo más cómodo y más fácil de adherir a un programa de ejercicios de resistencia. Los ejercicios de fuerza resistencia son fáciles de realizar, suponen menos cansancio para las gestantes, requieren mucho menos tiempo para ser eficaces, son por lo tanto más eficientes para las gestantes. Por todo lo anterior expuesto se ha planteado un programa de ejercicio de fuerza resistencia para gestantes, que se desarrolla de forma mixta, con clases presenciales y sesiones en domicilio.

PUESTA EN MARCHA

PROGRAMA DE EJERCICIO DE FUERZA RESISTENCIA PARA GESTANTES. Se oferta un programa de ejercicio de fuerza resistencia a las gestantes con sobrepeso u obesidad. Se les da un librito en el que se explican los beneficios del ejercicio, las recomendaciones, una tabla con fotos de los ejercicios a realizar en domicilio y unos videos que pueden seguir también en domicilio. Se oferta una clase presencial a la semana en la que se realizan los ejercicios recomendados. En estas clases se revisa se hagan bien los ejercicios, se corrigen posturas y se monitoriza la intensidad del ejercicio. Los monitores de las clases presenciales son los profesores y alumnos del grado de formación profesional de monitor deportivo del Centro Integrado Politécnico de Tudela. Es un Centro de formación profesional con el que el Hospital Reina Sofia tiene un convenio de colaboración docente y de prácticas. Durante los primeros meses se están recogiendo todos los parámetros de las gestantes, tipos de ejercicio, intensidades y evolución de la gestación, en cuanto a complicaciones y tipo de parto. Cuando haya un suficiente número de gestantes y se publiquen los resultados y la seguridad del programa se extenderá el programa a todas las gestantes del Área de Salud que quieran participar.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. mejora en la incidencia de diabetes e hipertensión del embarazo, disminución de complicaciones intraparto, disminución de ganancia ponderal durante el embarazo, mejoría de parámetros de salud física y mental generales de las gestantes, mejoría de la calidad de vida durante el embarazo.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Mantener la adherencia en el programa de ejercicio es costosa. Requiere insistir, facilitar horarios, animar y hacer un seguimiento muy cercano. Hemos encontrado mejores espacios y horarios para el desarrollo del programa Las colaboraciones entre distintos departamentos como Salud y Educación son esenciales. Que el programa ya este, en marcha es un éxito, y casi la mayoría de gestantes a las que se les ha ofertado están participando El ejercicio de fuerza esta siendo ya considerado como un eje básico de la longevidad y la salud a largo plazo. También es esencial en el embarazo.

PROPUESTAS DE MEJORA

Materiales de ejercicio, más y de mejor calidad Ampliar la oferta a más gestantes Hacer más grupos presenciales Publicar y extender esta propuesta a otros centros

BIBLIOGRAFÍA

- Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. BMC Public Health. 24 de julio de 2007;7:168.
- Xu M.-Y., Guo Y.-J., Zhang L.-J., Lu Q.-B. Effect of individualized weight management intervention on excessive gestational weight gain and perinatal outcomes: A randomized controlled trial. PeerJ. 2022;10((Xu, Zhang) Department of Nutrition, Aerospace Center Hospital, Beijing, China):e13067.
- Obesity in pregnancy: Complications and maternal management - UpToDate [Internet]. [citado 12 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate-com.na-cdib.a17.csinet.es/contents/obesity-in-pregnancy-complications-and-maternal-management?search=obesity%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Roberts JM, Bodnar LM, Patrick TE, Powers RW. The Role of Obesity in Preeclampsia. Pregnancy Hypertens. 1 de enero de 2011;1(1):6-16.
- Domingues MR, Bassani DG, da Silva SG, Coll C de VN, da Silva BGC, Hallal PC. Physical activity during pregnancy and maternal-child health (PAMELA): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 24 de mayo de 2015;16:227.
- Fair F, Soltani H. A meta-review of systematic reviews of lifestyle interventions for reducing gestational weight gain in women with overweight or obesity. Obes Rev. 2021;22(5):e13199.
- Magro-Malosso E.R., Saccone G., Di Mascio D., Di Tommaso M., Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Gynecol Scand. 2017;96(3):263-73. 8. Petrov Fieril K, Glantz A, Fagevik Olsen M. The efficacy of moderate-to-vigorous resistance exercise during pregnancy: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. enero de 2015;94(1):35-42.
- Barakat R, Ruiz JR, Stirling JR, Zakynthinaki M, Lucia A. Type of delivery is not affected by light resistance and toning exercise training during pregnancy: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. diciembre de 2009;201(6):590.e1-6.
 - Xie Y, Zhao H, Zhao M, Huang H, Liu C, Huang F, et al. Effects of resistance exercise on blood glucose level and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. BMJ Open Diabetes Res Care. 4 de abril de 2022;10(2):e002622. 11. Wang C, Wei Y, Zhang X, Zhang Y, Xu Q, Sun Y, et al. A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women. Am J Obstet Gynecol. abril de 2017;216(4):340-51.

PROYECTO 34

IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL FOMENTO DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL NIÑO HOSPITALIZADO

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Cantabria

Autor/es: Carolina Lechosa Muñiz, Elena Perez Belmonte, Laura Ruiz Azcona, Silvia Calvo Diez, Verónica Cosío Díaz, María Sánchez Díaz, Olivia Gómez Paz, Luis Ruiz Hernando, M^aJesús Cabero Pérez, José Luis Cobo Sánchez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo general fue implementar acciones para promover el sueño y el descanso de los pacientes pediátricos durante la hospitalización aplicando la evidencia científica. El entorno hospitalario no es propicio para un sueño de calidad, ya que factores externos como la luz, el ruido y las interrupciones del personal sanitario pueden provocar alteraciones del sueño. La hospitalización tiene un impacto perjudicial en el sueño de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



los niños, disminuyendo las horas de sueño y la calidad del mismo. Concretamente, hasta un 20-30% de los niños hospitalizados experimentan problemas de sueño.

PUESTA EN MARCHA

El proyecto se dividió en tres fases de actividad, se realizó una auditoria basal, la implementación de la evidencia y una auditoria posterior a los 6 meses. Los sujetos del estudio fueron: - El personal de la unidad de hospitalización pediátrica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (enfermeras y TCAE). - Niños y niñas de 3 a 16 años ingresados en la unidad de hospitalización pediátrica del HUMV (100 familias). En primer lugar, se realizó una encuesta autoadministrada, elaborada por el equipo investigador, a todo el personal de enfermería de la unidad. Después, mediante muestreo por conveniencia, se evaluó el sueño de los pacientes pediátricos ingresados que cumplían los criterios de inclusión, con la participación voluntaria de los pacientes y las familias.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. -% de Enfermeras con formación sobre estrategias para promover el sueño y el descanso en los últimos 5 años. -Grado de implementación de una estrategia multicomponente para fomentar el sueño y el descanso (ruido, niveles de luz y agrupación de intervenciones en cuidados que implican entrar a la habitación del paciente durante los periodos de sueño/descanso). -% de Niños y familias con entrenamiento en ejercicios de relajación y educación en sueño.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lecciones aprendidas:

- Abordaje multidisciplinar: promover el sueño y el descanso del niño hospitalizado requiere la colaboración de diferentes profesionales sanitarios. Un enfoque multidisciplinar asegura una perspectiva holística y aborda las necesidades específicas de cada área.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Implicación de las familias: La implicación activa de las familias en el proyecto fue fundamental. Brindar información clara, educación y empoderamiento a los padres les permite ser socios efectivos para promover el sueño y el descanso de sus hijos durante la hospitalización.
- Evaluación y retroalimentación continuas: la evaluación periódica de las intervenciones implementadas es esencial para medir el impacto y hacer los ajustes necesarios. La recopilación de datos, la solicitud de comentarios de los profesionales y las familias involucradas y el seguimiento de los indicadores de resultados son prácticas importantes para mejorar el proyecto a lo largo del tiempo.
- Integración en la cultura organizacional: Es necesario integrar las prácticas de promoción del sueño y el descanso en la cultura organizacional del hospital. Esto implica asegurar que las políticas y protocolos institucionales apoyen y refuercen las mejores prácticas en esta materia. - Difusión del conocimiento: compartir las experiencias y resultados del proyecto con otros profesionales. Esto se puede hacer a través de sesiones de capacitación, conferencias, publicaciones en revistas revisadas por pares y participación en redes colaborativas. Los resultados obtenidos en la auditoría de seguimiento representan una importante mejora de la práctica.

El personal sanitario formado aumentó del 4 al 80%, el enfoque multifacético de la promoción del sueño aumentó del 21% al 87% de cumplimiento y en relación con la promoción del sueño y las estrategias de relajación nocturna aumentó del 0% al 69% de cumplimiento. Para poder mejorar la calidad del sueño de los pacientes. Se elaboraron vídeos sobre técnicas de relajación, en los que se podía observar a una niña y una adolescente realizando las técnicas de Koppen y Jacobson respectivamente, en una habitación del hospital. Además, se crearon carteles con un código QR para que las familias tuvieran acceso libre a los vídeos, estos se colocaron en todas las habitaciones del hospital y el personal es quien le explica su utilidad al ingreso en la unidad. Conclusiones: El proyecto cumplió sus objetivos. Se identificaron áreas de mejora dentro de la hospitalización pediátrica para mejorar el sueño y descanso de los niños, y para asegurar la sostenibilidad del proyecto se recomienda mantener auditorías de seguimiento una vez al año. Por otro lado, creemos que un factor clave para lograr los objetivos fue incluir tres enfermeras y tres auxiliares asistenciales en el equipo de implantación del proyecto, y hacerlos sentir parte del proyecto. Esto proporcionó una amplia motivación e hizo viable el proyecto.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

- Seguimiento continuo: es fundamental realizar un seguimiento periódico para evaluar la eficacia de las intervenciones implementadas y detectar posibles áreas de mejora. Esto implica recopilar datos sobre la calidad del sueño de los niños, realizar encuestas de satisfacción de padres y cuidadores y realizar un seguimiento de los indicadores de resultados relacionados con el sueño y el descanso.
- Formación y educación continua: Es necesaria la formación y educación continua del personal sanitario sobre las mejores prácticas para promover el sueño y el descanso en el ámbito hospitalario. Esto puede incluir talleres, sesiones informativas y materiales educativos actualizados. Además, se deben incorporar nuevos profesionales al programa de formación para asegurar la continuidad en la implementación de las intervenciones.
- Integración en las políticas y protocolos institucionales: Para asegurar la sostenibilidad de las mejoras logradas, es importante integrar las prácticas de promoción del sueño y el descanso en las políticas y protocolos institucionales. Esto implica revisar y actualizar las pautas existentes, establecer procedimientos claros y proporcionar los recursos adecuados para mantener un entorno hospitalario propicio para el sueño.
- Establecer un comité o grupo de trabajo: encargado de supervisar la implementación y mantenimiento de las estrategias a largo plazo. Este grupo puede realizar evaluaciones periódicas, establecer metas y objetivos claros y coordinar las acciones necesarias para sustentar las mejoras en el sueño y el descanso del niño hospitalizado, como fomentar la colaboración y el intercambio de experiencias con otros centros para mejorar las prácticas a nivel nacional e internacional, para mejorar aún más cuidado del sueño.

OBSERVACIONES

Consideraciones para la sostenibilidad: La implementación de la evidencia logró buenos resultados en nuestra práctica asistencial con la promoción del sueño y descanso del niño hospitalizado, se elaboró un protocolo específico, el personal de la unidad recibió capacitación específica sobre el sueño, el ruido y los niveles de luz en el turno de noche y agrupación de los cuidados. Se diseñaron dos vídeos con técnicas de relajación accesibles en todas las salas. Como principales facilitadores destacamos el apoyo del Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Okawa M, Sasaki H. Sleep disorders in mentally retarded and brain-impaired children. In: Sleep and its Disorders in Children, Guilleminault C (Ed), Raven Press, New York 1987. p.269.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Picchietti DL, England SJ, Walters AS, et al. Periodic limb movement disorder and restless legs syndrome in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Child Neurol 1998; 13:588. 3. Chervin RD, Dillon JE, Bassetti C, et al. Symptoms of sleep disorders, inattention, and hyperactivity in children. Sleep 1997; 20:1185.
- Dillon JE and Chervin RD. Attention deficit, hyperactivity, and sleep disorders. In: Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine, 2 Ed, Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, and Gozal D (Eds), Elsevier Saunders, New York 2014. p.111.
- Gringras P. Sleep and its disturbances in autism spectrum disorder. In: Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine, 2 Ed, Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, and Gozal D (Eds), Elsevier Saunders, New York 2014. p.125.
- Sánchez-Carpintero AR. Asociación Española de Pediatría. Trastornos del sueño en la niñez.2008.
- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med 2016; 12:785.
- Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations. Pediatrics 2016; 138.
- World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/311664> (Accessed on May 03, 2019).
- Wise MS, Glaze DG. Assessment of sleep disorders in children. This topic last updated: Oct 26, 2019. Hoppin, AG.ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> 11. Stephenson BBiotech M. Promoting sleep and rest during hospitalization (pediatrics): non-pharmacological interventions. JBI evidence summary.2020.
- 12. Stremler R, Adams S, Dryden-Palmer K. Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. Res Nurs Health. 2015;38(4):311-22.
- 13. Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. Dahl, R. (1998). The development and disorders of sleep. Advances in Pediatrics, 45, 73–9
- 14. The JBI Manual for Evidence Implementation: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/JHEI/4851782/Downloadable+PDF>
- 15. Pearson A, Wiechula R, Court A & Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare, International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2005; 3(8):207-215.
- 16. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI. 2019. <https://doi.org/10.46658/JBIH-19-01>.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 17. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Int J Evid Based Healthc. 2019 Mar;17(1):58-71.
- 18. McGraw S, Palokas M, Harbour L. Nonpharmacological interventions to promote sleep and rest among hospitalized pediatric patients in general pediatric wards: a best practice implementation project. JBI Evid Implement. 2023 Mar 1;21(1):87-95. doi: 10.1097/XEB.0000000000000332. PMID: 36375025.
- 19. Bevan R, Grantham-Hill S, Bowen R, Clayton E, Grice H, Venditti HC, et al. Sleep quality and noise: comparisons between hospital and home settings. Arch Dis Child. 2019;104(2):147-51. 20. Erondur AI, Orlov NM, Peirce LB, Anderson SL, Chamberlain M, Hopkins K, et al. Characterizing pediatric inpatient sleep duration and disruptions. Sleep Med. 2019;57:87-91.
- 21. Crawford S, Utt A, Beebe C, Armbruster R, Fisher A, Olney A, et al. Quality of sleep in a pediatric hospital: a descriptive study based on an assessment of interruptions, perceptions, and the environment. J Nurs Adm. 2019;49(5):273-9.
- 22. Peirce LB, Orlov NM, Erondur AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and staff perceptions of disruptions to pediatric inpatient sleep. J Clin Sleep Med. 2018;14(11):1895-902.
- 23. Kudchadkar SR, Berger J, Patel R, Barnes S, Twose C, Walker T, Mitchell R, Song J, Anton B, Punjabi NM. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in hospitalized children. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Jun 15;6(6):CD012908. doi: 10.1002/14651858.

PROYECTO 35

FEA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Universitario Virgen Macarena
Andalucía

Sevilla

Autor/es: María Dolores Navarro Amuedo, Luis Eduardo López Cortés, Rafael Luque Márquez, Arístides Alarcón González, Zaira Palacios Baena, Pilar Retamar Gentil, María Victoria Gil Navarro, Ana Belén Guisado Gil, Laura Herrera Hidalgo, Marta Mejías Trueba, Alicia Gutiérrez Valencia, Juan Manuel Carmona Caballero, José Manuel Sánchez Oliva, Mercedes Ramón García, José Ángel Pazos Casado y José Miguel Cisneros Herreros.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo principal del programa DOMUS es mejorar la calidad asistencial de los pacientes hospitalizados con enfermedades infecciosas, manteniendo la eficacia y seguridad de la hospitalización, pero mejorando la eficiencia y satisfacción del paciente con el sistema sanitario (menor riesgo de infecciones nosocomiales y mayor confortabilidad). La necesidad a la que responde este programa es la optimización del uso de las camas hospitalarias, trasladando la cama del hospital, al domicilio del paciente. El mensaje de este programa para la estrategia del NO HACER es el siguiente: "Si tienes un paciente con una infección grave que requiere tratamiento antimicrobiano intravenoso y está estable, dale de alta para realizar el tratamiento en su domicilio con el programa DOMUS, porque es mejor para el paciente al reducir el riesgo de infecciones nosocomiales y aumentar la confortabilidad y más eficiente para el sistema sanitario al reducir el gasto".

PUESTA EN MARCHA

En junio de 2012 se inició en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) un programa piloto de TADE denominado DOMUS, vinculado a la Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva (UCEIMP), y dentro del programa de optimización de uso de los antimicrobianos del hospital. Se puso en marcha con un equipo multidisciplinar y especializado, compuesto por dos médicos internistas expertos en enfermedades infecciosas con dedicación parcial, un farmacéutico con amplios conocimientos en farmacocinética con dedicación parcial y dos enfermeros experimentados con dedicación exclusiva.

Posteriormente, en colaboración con los servicios de Enfermedades Infecciosas y Farmacia del HUVR, se extendió al Hospital Universitario Virgen Macarena, siendo desde entonces un programa común de los dos centros que cubre toda el área metropolitana de la ciudad de Sevilla. Con el fin de poder atender también a pacientes con domicilio fuera del área metropolitana, se creó el DOMUS de hospital, consistente en la administración del tratamiento antimicrobiano intravenoso en el hospital de día del Servicio de E. Infecciosas del HUVR al que los pacientes se trasladan a diario desde el domicilio.

El funcionamiento del programa y las funciones detalladas de cada uno de los profesionales que componen el equipo. Las innovaciones de DOMUS, sobre otros programas de hospitalización a domicilio funcionantes en nuestro país, son las siguientes:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- a) está dedicado exclusivamente a la administración de tratamiento antimicrobiano intravenoso; en los otros programas es común la administración de otros fármacos porque atienden además a pacientes con otras patologías no infecciosas, en general dentro de programas de hospitalización domiciliaria;
- b) la administración de los antimicrobianos con bombas de infusión programables, junto a los estudios de investigación que hemos realizado para conocer la duración de la estabilidad de los diferentes antimicrobianos y a distintas temperaturas, ha permitido espaciar hasta 72 horas la administración de algunos de ellos, optimizando así los recursos del programa;
- c) la evaluación presencial y diaria de los pacientes, así como la administración de los antimicrobianos por vía intravenosa, la realizan exclusivamente el personal de enfermería del programa;
- d) los médicos del programa, especialistas en medicina interna, expertos en enfermedades infecciosas, realizan la selección de los pacientes para la inclusión en el programa y el seguimiento clínico de los mismos por vía telefónica
- e) finalmente, la administración de los antimicrobianos mediante líneas medias canalizadas por control ecográfico, incluso en el propio domicilio, ha conseguido reducir significativamente el número flebitis y de punciones percutáneas para la extracción de analítica. Con todas estas innovaciones, el programa DOMUS ha demostrado ser tan seguro y eficaz como los programas de TADE convencionales, integrados en hospitalización domiciliaria; y que la hospitalización convencional. Los resultados alcanzados por el programa se detallan en el documento adjunto (Anexo 2. Análisis de resultados del programa DOMUS).

De forma resumida los resultados más destacados del programa son los siguientes:

- 1. En el año 2022 el programa:
 - a. Atendió a 263 pacientes, con una estancia media en el programa de 12,2 días.
 - b. Evitó 3219 estancias hospitalarias.
 - c. Ahorró 2,7 millones de euros.
- 2. Seguridad:
 - a. Preparación centralizada de los antibióticos en el Servicio de Farmacia en campanas de flujo laminar, lo que permite mayor estabilidad de las mezclas elaboradas, así como seguridad, disminuyendo la contaminación de las mismas.
- 3. Satisfacción de los pacientes (nº: 162 encuestas recibidas en 2022): a. Calificaron la experiencia DOMUS como:
 - i. Excelente: 158 (97,5%)
 - ii. Buena: 3 (1,8%)
 - iii. Aceptable: 0
 - iv. Deficiente: 1 (0,6%)
- 4. Generación de conocimiento:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- a. Nº de publicaciones: 15 (ver apartado bibliografía)
- b. Guías de práctica clínica publicadas 1 (ver apartado bibliografía)

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3
Impacto socio-sanitario: 3
Impacto organizativo: 3
Impacto económico: 3
Impacto en los trabajadores: 3
Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Conseguimos unos mediante autoevaluación, otros por las encuestas de satisfacción de los pacientes, y también por revisión por pares los publicados en revistas científicas.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Con el programa DOMUS hemos aprendido que es posible alcanzar la utopía clínico/gestora de mejorar la calidad asistencial con menos recursos sanitarios, al demostrar que se puede tratar al paciente en su domicilio con mejores resultados que en el hospital. Los cambios y mejoras implantadas por el programa DOMUS han sido:

- a) dedicación exclusiva a pacientes con enfermedades infecciosas;
- b) atención presencial por personal de enfermería altamente cualificado y entrenado;
- c) selección de los candidatos y seguimiento telemático de los pacientes por médicos expertos en enfermedades infecciosas;
- d) investigación sobre la estabilidad de los antimicrobianos. Por todo ello, el programa DOMUS ha supuesto un logro muy importante conseguido con liderazgo profesional y apoyo institucional. La principal conclusión es que la hospitalización convencional de los pacientes con infecciones graves pero estables no es la primera opción, sino es programa DOMUS.

PROPUESTAS DE MEJORA

Ampliar el número de plazas, trabajando en turnos de mañana y tarde, para así multiplicar los beneficios del programa. Mejorar la difusión del programa para su implementación en otros centros (Anexo 3 protocolo para impulsar la implementación de procedimientos de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) en el SSPA).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- 1.Castillo-Fernández N, Pérez-Crespo PMM, Salamanca-Rivera E, Herrera-Hidalgo L, de Alarcón A, Navarro-Amuedo MD, Marrodán Ciordia T, Pérez-Rodríguez MT, Sevilla-Blanco J, Jover-Saenz A, Fernández-Suárez J, Armíñanzas-Castillo C, Reguera-Iglesias JM, Natera Kindelán C, Boix-Palop L, León Jiménez E, Galán-Sánchez F, Del Arco Jiménez A, Bahamonde-Carrasco A, Vinuesa García D, Smithson Amat A, Cuquet Pedragosa J, Reche Molina IM, Pérez Camacho I, Merino de Lucas E, Gutiérrez-Gutiérrez B, Rodríguez Baño J, López Cortés LE. Conventional Hospitalization versus Sequential Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy for Staphylococcus aureus Bacteremia: Post-Hoc Analysis of a Multicenter Observational Cohort. Antibiotics (Basel). 2023 Jan 9;12(1):129. doi: 10.3390/antibiotics12010129. PMID: 36671330; PMCID: PMC9854520.
- Fernández-Rubio B; Herrera-Hidalgo L; Luque-Márquez R; de Alarcón A; López-Cortés LE; Luque-Pardos S; Gutiérrez-Urbón JM; Fernández-Polo A; Gil-Navarro MV; Gutiérrez-Valencia A. Stability of Ampicillin plus Ceftriaxone Combined in Elastomeric Infusion Devices for Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy.Antibiotics (Basel, Switzerland). 12, 2023. ISSN 2079-6382
- Herrera-Hidalgo L; Lomas-Cabezas JM; López-Cortés LE; Luque-Márquez R; López-Cortés LF; Martínez-Marcos FJ; de la Torre-Lima J; Plata-Ciésar A; Hidalgo-Tenorio C; García-López MV; Vinuesa D; Gutiérrez-Valencia A; Gil-Navarro MV; De Alarcón A. Ampicillin Plus Ceftriaxone Combined Therapy for Enterococcus faecalis Infective Endocarditis in OPAT.Journal of clinical medicine. 11, 2022. ISSN 2077-0383
- Eduardo Lopez-Cortes, Luis; Herrera-Hidalgo, Laura; Almadana, Virginia; Victoria Gil-Navarro, Maria; DOMUS OPAT Grp. Ceftobiprole, a new option for multidrug resistant microorganisms in the outpatient antimicrobial therapy setting. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA. 40, 2022. ISSN 0213-005X
- López-Cortés LE; Herrera-Hidalgo L; Almadana V; Gil-Navarro MV; DOMUS OPAT Group. Ceftobiprole, a new option for multidrug resistant microorganisms in the outpatient antimicrobial therapy setting.Enfermedades infecciosas y microbiología clinica (English ed.). 40, pp. 399 - 400. 2022.
- Herrera-Hidalgo L; Luque-Márquez R; de Alarcon A; Guisado-Gil AB; Gutierrez-Gutierrez B; Navarro-Amuedo MD; Praena-Segovia J; Carmona-Caballero JM; Fraile-Ramos E; Gutierrez-Valencia A; Lopez-Cortes LE; Gil-Navarro MV. Clinical Outcomes of an Innovative Cefazolin Delivery Program for MSSA Infections in OPAT.Journal of clinical medicine. 11, 2022. ISSN 2077-0383
- Fernández-Rubio B; Del Valle-Moreno P; Herrera-Hidalgo L; Gutiérrez-Valencia A; Luque-Márquez R; López-Cortés LE; Gutiérrez-Urbón JM; Luque-Pardos S; Fernández-Polo A;

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Gil-Navarro MV. Stability of Antimicrobials in Elastomeric Pumps: A Systematic Review. *Antibiotics* (Basel, Switzerland). 11, 2022. ISSN 2079-6382
- Herrera-Hidalgo, L.; Lopez-Cortes, L. E.; Luque-Marquez, R.; Galvez-Acebal, J.; de Alarcon, A.; Lopez-Cortes, L. F.; Gutierrez-Valencia, A.; Gil-Navarro, M. V.. Ampicillin and Ceftriaxone Solution Stability at Different Temperatures in Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (vol 64, e00309-20, 2020). *ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY*. 65, 2021. ISSN 0066-4804
 - Herrera-Hidalgo, L.; Gil-Navarro, M. V.; Penchala, S. Dilly; Lopez-Cortes, L. E.; de Alarcon, A.; Luque-Marquez, R.; Lopez-Cortes, L. F.; Gutierrez-Valencia, A.. Ceftriaxone pharmacokinetics by a sensitive and simple LC-MS/MS method: Development and application (vol 189, 113484, 2020). *JOURNAL OF PHARMACEUTICAL AND BIOMEDICAL ANALYSIS*. 201, 2021. ISSN 0731-7085 10. Herrera-Hidalgo, L.; Lopez-Cortes, L. E.; Luque-Marquez, R.; Galvez-Acebal, J.; de Alarcon, A.; Lopez-Cortes, L. F.; Gutierrez-Valencia, A.; Gil-Navarro, M. V.. Ampicillin and Ceftriaxone Solution Stability at Different Temperatures in Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY*. 64, 2020. ISSN 0066-4804
 - Gil-Navarro MV; Luque-Marquez R; Báez-Gutiérrez N; Álvarez-Marín R; Navarro-Amuedo M^ªD; Praena-Segovia J; Carmona-Caballero JM; Fraile-Ramos E; López-Cortés LE. Antifungal treatment administered in OPAT programs is a safe and effective option in selected patients. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (English ed.). 38, pp. 479 - 484. 2020. 12. Herrera-Hidalgo L; de Alarcón A; López-Cortes LE; Luque-Márquez R; López-Cortes LF; Gutiérrez-Valencia A; Gil-Navarro MV. Is Once-Daily High-Dose Ceftriaxone plus Ampicillin an Alternative for Enterococcus faecalis Infective Endocarditis in Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy Programs?. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 65, 2020. ISSN 0066-4804
 - 13. Eduardo Lopez-Cortes, Luis; Ayerbe-Garcia, Rut; Carrasco-Hernandez, Laura; Fraile-Ramos, Elena; Manuel Carmona-Caballero, Juan; Quintana-Gallego, Esther; Valido-Morales, Agustin; Praena, Julia; Pachon-Diaz, Jeronimo; Victoria Gil-Navarro, Maria; Angel Pazos, Jose; Luque, Rafael; Miguel Cisneros, Jose; DOMUS OPAT Grp. Outpatient Parenteral Antimicrobial Treatment for Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis Exacerbations: A Prospective Multicentre Observational Cohort Study. *RESPIRATION*. 98, 2019. ISSN 0025-7931
 - 14. López-Cortés LE; Luque R; Cisneros JM; DOMUS OPAT Group.. Next step, OPAT programs as a tool of stewardship programs. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2018. ISSN 1058-4838
 - 15. Gil-Navarro MV; Lopez-Cortes LE; Luque-Marquez R; Galvez-Acebal J; de Alarcon-Gonzalez A. Outpatient parenteral antimicrobial therapy in Enterococcus faecalis

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



infective endocarditis. Journal of clinical pharmacy and therapeutics. 43, pp. 220 - 223. 2017. ISSN 0269-4727

- 16. López Cortés LE, Muijal Martínez A, Fernández Martínez de Mandojana M, Martín N, Gil Bermejo M, Solà Aznar J, Villegas Bruguera E, Peláez Cantero MJ, Retamar Gentil P, Delgado Vicente M, González-Ramallo VJ, Ponce González MÁ, Mirón Rubio M, Gómez Rodríguez de Mendarozqueta MM, Goenaga Sánchez MÁ, Sanroma Mendizábal P, Delgado Mejía E, Pajarón Guerrero M; Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), the Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) Group. Executive summary of outpatient parenteral antimicrobial therapy: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases and the Spanish Domiciliary Hospitalisation Society. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2019 Jun-Jul;37(6):405-409. English, Spanish. doi: 10.1016/j.eimc.2018.03.012. Epub 2018 May 18. PMID: 29784453.

PROYECTO 36

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN NEFROLOGÍA BASADA EN EL CONOCIMIENTO. PROYECTO CERCANOS.

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario Miguel Servet

Aragón. Zaragoza

Autor/es: Eduardo Parra Moncasi (Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza); Beatriz Enriqueta Bayes (Hospital Clinic de Barcelona); Emilio Sanchez Alvarez (Hospital Universitario de Cabueñes); José Luis Rocha Castilla (Hospital Universitario Virgen del Rocío); José Portolés (Hospital Puerta de Hierro); Mercedes Salgueira Lazo (Hospital Virgen de la Macarena); Manuel Macia Heras (Hospital La Candelaria); María Dolores Arenas Jiménez (Fundación Iñigo Alvarez Toledo); Mario Prieto Velasco (Hospital de León); Pablo Serrano Balazote (Hospital 12 de Octubre); Maria Dolores Del Pino y Pino (Hospital Torrecárdenas).

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

135

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Objetivo y necesidad que cubre: En la enfermedad renal crónica, que incluye su tratamiento conservador, el de la enfermedad renal crónica avanzada, hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal:

- No existe consenso sobre los resultados que deben medirse en los distintos tratamientos.
- Los centros proveedores de estos servicios disponen de sistemas informáticos que no se comunican entre ellos. El objetivo del Proyecto CERCANOS es solucionar ambas limitaciones, generando consenso sobre los indicadores esenciales de esos procesos y desarrollando una herramienta tecnológica que permita la comunicación y agregación automatizada de los resultados obtenidos por centros diferentes en una base común, todo ello orientado hacia la evaluación y mejora.

PUESTA EN MARCHA

PROYECTO CERCANOS. El Proyecto CERCANOS pretende crear una herramienta de ayuda a la gestión clínica en nefrología en diferentes centros, basada en el conocimiento de sus resultados, obtenidos de forma automatizada, y todo ello, orientado a su permanente evaluación y mejora.

SITUACIÓN ACTUAL En España hay más de 300 centros proveedores de los distintos tratamientos de la enfermedad renal crónica: tratamiento conservador (TC), hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP), trasplante renal (TxR) y enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Sin embargo, no hay consenso sobre cuáles son los resultados que deben medirse y los centros disponen de sistemas informáticos que no se comunican entre ellos.

SELECCIÓN DE INDICADORES COMUNES El Grupo de Trabajo de Gestión Clínica (GT) de la S.E.N (Sociedad Española de Nefrología) colabora con el International Consortium for Health Outcomes Measurements (ICHOM) para consensuar un conjunto de indicadores en 2019. El GT realiza posteriormente una adaptación de los indicadores del ICHOM al entorno español (2022), con participación de los pacientes, mediante la Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER). Los indicadores incluyen: morbilidad, mortalidad y medidas de resultado comunicadas por el paciente (PROMS), que se recogen mediante el instrumento PROMIS, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System®.

También incluye datos de comorbilidad para su ajuste.

COMUNICACIÓN ENTRE SISTEMAS INFORMÁTICOS ITAINNOVA (Instituto Tecnológico de Aragón) elabora una descripción formal y explícita de los indicadores (ontología), para su explotación informática.

BASE DE DATOS COMÚN Compartir indicadores previamente consensuados y disponer de su ontología informática es la clave para poder agregar los datos de diferentes centros en una base común. Así, cada centro desarrolla en su sistema informático un “módulo de extracción” ad hoc que permite la determinación periódica de los indicadores comunes, de forma automatizada. De esta forma, todos los datos pueden incorporarse periódicamente a la base común de REDCap, minimizando los costes de transacción. Posteriormente, se realiza un análisis de la calidad de los

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



datos obtenidos. EXPLOTACIÓN DE LA BASE DE DATOS Se realiza un análisis de los resultados por centro y tipo de tratamiento (HD, DP, TxR, ERCA o TC), que incluye calidad de vida y mortalidad, entre otros, todo ello ajustado por comorbilidad. Finalmente, ello permite un análisis de los resultados para establecer prioridades de acción orientadas a la mejora, incluyendo qué actividades son prioritarias y deben realizarse y cuales no lo son.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. La base de datos común en REDCap deberá cumplir los criterios de calidad predefinidos: completitud, conformidad, consistencia, exactitud, duplicación e integridad. El conjunto de indicadores definidos incluye:

- Identificación pseudoanonimizada del paciente, centro y situación de tratamiento (TC, ERCT, HD, DP o TxR).
 - Indicadores de morbilidad: hospitalización, eventos cardiovasculares, hábito tabáquico y hemoglobina.
 - Indicadores de mortalidad: supervivencia.
 - Indicadores de calidad de vida: medidas de resultado comunicadas por el paciente (PROMS) que incluyen calidad de vida general, dolor, astenia, función física y depresión. Los PROMS se recogen mediante el instrumento PROMIS, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System®.
 - Indicadores específicos del tratamiento:
 - DP: supervivencia de la técnica de diálisis peritoneal y peritonitis;
 - HD: bacteriemia, tipo de acceso vascular y supervivencia del acceso vascular;
 - TxR: rechazo agudo y cáncer. - Indicadores Opcionales: fósforo y potasio.
 - Indicadores de comorbilidad: edad, sexo, nivel educativo, obesidad, tabaquismo, índice de Charlson, enfermedad renal primaria, modalidad de TRS previo y tipo de TxR.
- ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



En la enfermedad renal crónica, como en otras áreas de la medicina, es esencial disponer de indicadores consensuados por los principales interlocutores, en primer lugar, por los pacientes, también por la comunidad médica y por otros. Con nuestra participación en el ICHOM y con la adaptación realizada a nuestro entorno, creemos que hemos conseguido consensuar y legitimar estos indicadores. En experiencias previas de los miembros del Grupo de Trabajo hemos observado repetidamente que los esfuerzos de recogida de indicadores de forma manual, con periodicidad, son casi siempre infructuosos e inviables a largo plazo. Por ello nos hemos planteado el objetivo de desarrollar una herramienta que permita la determinación de los indicadores en los centros de forma automatizada. En el momento actual hemos establecido la funcionalidad de la herramienta informática que debería posibilitar este objetivo. Hemos definido la ontología informática de los indicadores y estamos finalizando la estructuración de la base común de REDCap.

Los centros participantes desarrollarán el "módulo de extracción" de sus sistemas informáticos en el último trimestre del año y comenzarán la recogida en el 2023. Hemos entendido que para ver operar con fluidez la herramienta se va a necesitar de la colaboración entre pacientes, personal sanitario, informático e instituciones diferentes, y que precisará un trabajo constante de perfeccionamiento progresivo, basado en la depuración de errores en la base de datos común. Este trabajo creemos que podrá completarse en los centros piloto en un año y el aprendizaje que genere será fundamental para facilitar la consolidación de la herramienta y la incorporación de nuevos centros en el futuro. Podemos concluir manifestando que compartir indicadores básicos y disponer de una herramienta de recogida automatizada de estos, es un elemento fundamental para establecer actividades de mejora basadas en datos, todo ello facilitará la focalización en acciones que generan valor. Ciertamente para lograr la madurez de la herramienta, necesitamos todavía algún tiempo y esfuerzo, sin embargo, el camino recorrido hasta ahora pensamos que es el adecuado.

PROPUESTAS DE MEJORA

Durante el desarrollo del Proyecto CERCANOS ya ha habido numerosas propuestas de mejora. Entre las más destacables está el consenso en los indicadores de la enfermedad renal crónica, en cada una de sus áreas fundamentales. Hemos incluido indicadores de calidad de vida relacionada con salud, indicadores esenciales demandados en numerosos estudios por los propios pacientes. Vamos a poder analizar diferencias de calidad de vida y de mortalidad entre centros y tratamientos, ajustadas por comorbilidad, en la vida real, de forma sistemática, periódica y automatizada. Las variables de resultado incluidas, constituyen indicadores finales, significativos y centrados en el paciente, obviando otros indicadores de proceso, más médico-céntricos y menos relevantes. La realización del proyecto en cada centro, exigirá de una reorganización en la forma de registrar en el sistema informático los eventos susceptibles de ser

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



recogidos (por ejemplo, en diálisis peritoneal, un episodio peritonitis), y ello es precisamente lo que permitirá su extracción automatizada. El Proyecto contempla, para lograr la extracción automática de los datos de los diferentes programas comerciales existentes (Nefrosoft®, Nefrolink®, Versia® y otros), la realización de un parche informático ad hoc, de acuerdo con la ontología descrita. Ello constituye una mejora, que, basándose en economías de escala, será rápidamente aplicable en cientos de centros. Cuando la base común esté operativa, surgirán numerosas propuestas de mejora, de la misma herramienta y del análisis de los resultados obtenidos que sin duda permitirán a los centros focalizarse en actividades de mejora que generen valor.

OBSERVACIONES

Confiamos en haber sido capaces de transmitir la enorme dimensión y las profundas implicaciones del proyecto, tanto para los pacientes, como para los médicos, enfermeras, personal informático, agentes que toman decisiones, instituciones y para la sociedad en general, al facilitar un mejor uso de los recursos públicos. Creemos que un proyecto de estas características, merece apoyos institucionales que lo consoliden. Quedamos a su entera disposición para resolver cualquier duda que consideren.

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.senefro.org/contents/webstructure/MEMORIA_REER_2020_PRELIMINAR.pdf Acceso agosto 2022 - Villa, G., Rodríguez-Carmona, A., Fernández-Ortiz, L., Cuervo, J., Rebollo, P., Otero, A. & Arrieta, J. (2011) Cost analysis of the Spanish renal replacement therapy programme. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 26 (11), 3709–3714 - Verberne WR, Das-Gupta Z, Allegretti AS, Bart HAJ, van Biesen W, García-García G, Gibbons E, Parra E, et al. Development of an International Standard Set of Value-Based Outcome Measures for Patients With Chronic Kidney Disease: A Report of the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) CKD Working Group. *Am J Kidney Dis*. 2019 Mar;73(3):372-384.
- Parra E, Salgueira M, Portolés J, et al. Estandarización de los resultados en salud de la enfermedad renal crónica. Adaptación del conjunto de variables de resultados del ICHOM al entorno español. *Nefrología* 2022. Aceptado 29 mayo 2022 - Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)
<https://commonfund.nih.gov/promis/index>. Acceso agosto 2022 -
<https://www.promishealth.org/57461-2/> Acceso agosto 2022 -
<https://projectredcap.org> Acceso agosto 2022

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 37

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON HERIDAS CRÓNICAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA SUR

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Dirección de Atención Primaria Metropolitana Sur

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Miguel Angel Díaz Herrera

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Las heridas crónicas (FC) son un importante problema de salud con importantes repercusiones socioeconómicas a causa de su larga evolución, que puede disminuir la calidad de vida de la persona y propiciar absentismo laboral. El abordaje de las FC está incluido en la Plan de Salud 2016-2020(1). El aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias, la busca de modelos de gestión y de desarrollo profesional eficientes y efectivos están propiciando a nivel internacional el desarrollo de nuevos modelos de curas, entre ellos, el modelo de la Enfermera de Práctica Avanzada (IPA)(2).

En 2017, en Atención Primaria Metropolitana sur (APMS) del Instituto Catalán de la Salud (ICS), solo teníamos datos bibliográficos externos sobre el impacto de las HC en los diferentes sistemas sanitarios, no era posible monitorizar el abordaje de las HC de manera sistematizada, esto impedía el seguimiento epidemiológico correcto, la evaluación de la eficacia de los tratamientos y el cálculo de los recursos destinados. En septiembre 2017 se inicia lo proyecte Modelo de Atención Integral a las personas con HC en APMS, con el objetivo de proporcionar una atención de calidad integral e integrada a las personas con HC y a sus familiares. Mediante la puesta en marcha del nuevo modelo se produce un cambio en la manera de gestionar este problema de salud, actuando en todas las dimensiones de la calidad mediante intervenciones de mejora continua sobre efectividad (poder evaluar resultados y realizar actividades de mejora continua), eficiencia (evaluación de tratamiento, gastos), mejora de la equidad (proyecto territorial) y atención centrada en el paciente (planes de curas individualizadas) desde la mejora continua de seguridad del paciente. El nuevo modelo incluye la formación y puesta en marcha de la Unidad Funcional de heridas crónicas y complejas de APMS (UFECAP), mediante las consultas

140

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



especializadas de atención a las personas con HC lideradas por EPAs con conocimientos avanzados de HC y con aptitudes diferenciales en el trabajo en equipo como son liderazgo, sinergia, una relación y comunicación abierta, flexibilidad, adaptación y motivación. La HC es la lesión de la piel con escasa o nula tendencia a la cicatrización mientras se mantenga la causa que la produce (3). Las lesiones por presión (LPP), las úlceras de extremidad inferior (UEI) que engloban a las de etiología venosa (UEV), a las de etiología arterial (UEA) y a las neuropáticas, en concreto las úlceras de pie diabético (PD), sobrecargan la actividad asistencial en AP(4). Las FC son consideradas un importante indicador de la calidad de vida y no cuenta con indicadores epidemiológicos estandarizados en el ámbito comunitario (5). Según la bibliografía, la prevalencia de LPP oscila de 0,11% a 0,35% en la comunidad, la de UEV entre 0,13% y 2%, la de UEA entre 0,13% y 0,26%, las de PD entre 1,92% a 6,3% en pacientes diabéticos y entre 0,16% a 0,27% en el total de la población adulta y la de UEI va de 0,32% a 3,2% (6-8). Hay pocas pruebas de alta calidad sobre el impacto económico de las heridas y los costes de las curas de prevención y tratamiento varían según la bibliografía entre un tenedor de 470 € a 10.000 € por herida y año, llegando a estimar cifras totales de 3.200 millones de £ en Inglaterra en 2012/2013(9).

Todavía con las limitaciones metodológicas de los estudios, los hallazgos indican que cualquier tipo de abordaje estandarizado puede ser beneficioso en términos de resultados clínicos y costes más bajos (10). Las estrategias de mejora se basan en tres puntos básicos: la prevención de heridas, la mejora de las tasas de curación y la reducción de tasas de amputación e infección. El objetivo del proyecto es establecer un nuevo modelo asistencial basado en la atención integrada a personas con FC que mejore la calidad asistencial recibida y sea totalmente evaluable. El proyecto se desarrolla en el ámbito de APMS e incluye las comarcas: Baix Llobregat, Alt Penedès, Garraf y la ciudad del l'Hospitalet de Llobregat con una población adscrita de 1.215.052 habitantes. Incluye tres Servicios de Atención Primaria (SABE): Delta del Llobregat, Baix Llobregat Centro y Alto-Penedès-Garraf-Baix Llobregat Norte que cuentan con 56 Equipos de AP (EAP) y 10 Hospitales de diferentes niveles y proveedores. El UFECAP está formada por 12 EPAs que trabajan a tiempo completo en las consultas especializadas de los equipos de atención primaria, 4 EPAs que trabajan a tiempo parcial (7h/semanales), y tienen funciones de atención clínica directa, de asesoramiento y apoyo a los equipos de AP y coordinación territorial con los centros y unidades especializadas. Está coordinada por un director de programa con funciones clínicas y una directiva (7h/semanales) con funciones de gestión.

Objetivo general y objetivos específicos

3.1. Objetivo general Mejorar la calidad asistencial de la atención a las personas con FC estableciendo un modelo metodológico común de actuaciones que mejoren la calidad de vida, la eficiencia clínica y la sostenibilidad del sistema sanitario, mediante la práctica fundada en la evidencia

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



3.2. Objetivos específicos

- Establecer un sistema de análisis epidemiológico real y continuo.
- Racionalizar el gasto sanitario en materiales para las curas de las FC.
- Desarrollar un plan integral de formación continuada en FC.
- Fomentar y favorecer la investigación en FC mediante el grupo GREFEC (Grupo de Investigación en Heridas Crónicas y Complejas), en proceso de acreditación del IDIAP Jordi Gol.
- Asesorar en el campo de las FC, a los EAP, residencias, centros sociosanitarios, asociaciones y usuarios.
- Establecer las rutas clínicas que garanticen una atención integrada con los centros hospitalarios de referencia.

PUESTA EN MARCHA

La implementación del Modelo de atención integral a la persona con HC, se inició noviembre de 2017 siguiendo una estrategia por fases que culmina en 2021:

- Evaluación de la situación actual: Evaluación situación real y planificación de recursos.
- Adecuación diagnóstica y análisis epidemiológico de las FC del territorio.
- Planificación de la Unidad y recursos: diseño estructural y funcional de la UFECA.
- Elaboración de los sistemas de evaluación: Diseño de indicadores de proceso, de resultados y epidemiológicos.
- Preparación de circuitos y registros internos: diseño de derivación interna, tipología de visitas: virtuales, presenciales; unificación de registros; estructuración de agenda común.
- Comunicación interna: diseño de la comunicación descendente, ascendente y transversal.
- Circuitos y registros externos: Creación de grupos de FC de la Gerencia Territorial MS con la participación de diferentes proveedores. Diseño de rutas asistenciales, consultorías presenciales y virtuales y Plan de Formación conjunto.
- Formación: Diseño de un plan de desarrollo personalizado de cada uno de los componentes de la unidad. Elaboración de un protocolo operativo estandarizado que incluya las competencias profesionales avanzadas de las EPA de la UFECA.
- Inicio de actividad: En 2018 se pusieron en marcha las consultorías especializadas en FC a tiempo parcial y en 2020 se implementaron de manera escalonada las consultas especializadas de FC a tiempo completo hasta el último trimestre de 2021 que se ha producido la implementación completa del proyecto en el territorio.
- Evaluación de resultados: Se realizan de manera trimestral y se ponen en marcha las actividades de mejora necesarias. Esta evaluación se hace a dos niveles SAP y DAP con la presentación de un informe de resultados Fuentes de información, instrumentos, recogida de datos y cronograma. Los datos de seguimiento clínico de la población atendida en atención primaria se registran prospectivamente en la historia clínica electrónica (HCE) siguiendo la

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



práctica habitual. Los datos se obtienen de manera anónima de la HCE a través de la solución de software BusinessObject (BUENO) <https://www.sap.com/spain/products/bi-platform.html>, que forma parte de la suite SAP BusinessObjects Business Intelligence (BI). Los datos de costes asociados al material utilizado en la gestión de las FC provienen del registro financiero de almacén interno (RFAI) de AP MS y del registro de indicadores cuantitativos de gastos de farmacia (ICGF). Y los datos comparativos de los diferentes territorios de AP de Cataluña provienen del aplicativo Khalix del ICS. Los datos epidemiológicos, de almacenes internos y comparativos se recopilan con periodicidad trimestral de manera sistematizada desde el primer trimestre de 2017 y los datos del ICGF se extraen con periodicidad anual.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Los objetivos han sido medidos con indicadores cuantitativos y cualitativos y a través de hitos relacionados con áreas clave del proyecto como formación, docencia, investigación y relaciones territoriales con los diferentes niveles asistenciales.

1. Los resultados de incidencia y prevalencia de FC se han monitorizado desde el inicio del proyecto, se ha hecho el análisis de todas las intervenciones de manera prospectiva evaluando la progresión del modelo y comparando estos datos con el resto de los territorios de Cataluña.
2. Con el fin de racionalizar el gasto sanitario en los productos de heridas se evalúa el gasto generado de prescripción farmacéutica y de almacén interno de manera prospectiva. Los resultados muestran una disminución del gasto coincidiendo con la implementación cumplida del proyecto tanto en almacén interno como en prescripción. Los gastos de prescripción se han comparado con una región sanitaria equivalente, que marca la tendencia del modelo tradicional. Los resultados muestran una reducción de costes de 500.000€ al 2021. Uno de los proyectos para racionalizar el consumo de productos relacionados con las heridas crónicas y mejorar la adecuación terapéutica ha sido la implementación de la terapia compresiva (TC) en las UEV, mediante una remodelación de los productos a los almacenes y una campaña de formación y

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



tutorización intensiva a los profesionales. Los resultados muestran un incremento del porcentaje de uso de la TC de un 15% en 2018 a un 97% en 2021.

3. El Plan integral de formación y docencia incluye la formación recibida y la docencia impartida, esta área ha sido limitada por la pandemia Covid 19, los hitos conseguidos son:

- Plan docente donde todos los miembros de la UFECAAP son tutores, profesores o colaboradores docentes de pregrado, posgrado, formación sanitaria especializada (FSE) en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) y formación continuada. Estableciendo convenios de prácticas de formación posgrado y rotaciones de FSE de EFyC o Curso de extensión universitaria de edemas y lesiones de difícil cicatrización en extremidades inferiores. Universitat de Barcelona (UB). o Máster cures enfermeras a personas afectadas por quemaduras y heridas crónicas: abordaje integral. Universidad autónoma de Barcelona (UAB) o Posgrado Enfermería de Práctica Avanzada en la atención integral de la persona con heridas UB o Máster de Enfermería de Práctica Clínica Avanzada (MUIPCA) de la UB: Programa de tutorización de trabajos de final de Máster en la línea de investigación de FC complejas. o Inclusión en el Plan Individual de Formación de EFyC de un mes de rotación por la unidad.

- Actividades formativas de formación continuada (184 h): o Curso Manejo y gestión de la Atención a las personas con FC de 11 horas, de 2018 a 2021 se han impartido 11 ediciones a los diferentes *EAP del territorio y

- *FSE. o Curso en línea: Terapia compresiva en la Insuficiencia Venosa Crónica de *16h (se ha puesto en marcha durante el último trimestre de 2021, tres ediciones, y se vuelve a reactivar el marzo de 2022). Formación de todos los profesionales de la

- *DAP o Talleres: Actualización de apósitos de 3 h (3 ediciones). Actualización, valoración y riesgo de lesión del PD de 3 h (3 ediciones). Manejo de úlceras venosas y compresión de 3 h (2 ediciones).

4. El Plan estratégico de investigación:

- Acreditación del grupo de investigación \"Grupo de investigación de heridas crónicas y complejas\" (GReFeC) ligado al proyecto en el Instituto de Investigación Jordi Gol y Gurina.

- Proyectos en ejecución: Presentación de dos proyectos en diferentes convocatorias competitivas consiguiendo: Peris 2017-Subvención para la intensificación de la actividad investigadora de profesionales de enfermería, una beca para la realización de la tesis doctoral de la Universidad de Alicante el 2019 y dos ayudas en busca de la DAP MS 2020.

- Con los resultados preliminares obtenidos se han presentado durante 2021, 18 comunicaciones orales y 9 pósteres en diferentes Congresos de ámbito Nacional e Internacional. Trabajos reconocidos con un segundo premio a la mejor comunicación oral en el XXXII Congreso Nacional de Enfermería Vascular y Heridas, un accésit a la mejor comunicación oral en el VI Congreso Internacional y XII Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria y un primer premio al 10 Congreso de la Sociedad de Española de Heridas SEHER 2022.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Se han impartido 4 ponencias en diferentes Jornadas y Congresos
 - En 2021 se publicó el primer artículo cuartil 1 y factor de impacto de 4,242 \ "multicentroStudy of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona\". J Clin Med. 2021 Feb; 10(4). Doi:10.3390/jcm10040797.Epub 2021 Feb 16.
 - Participación en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica del ICS: Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de Úlceras de extremidades inferiores (2018) y la Guía de Práctica Clínica de las lesiones relacionadas con la dependencia en la actualidad.
 - Pendiente de la resolución proyecto presentado a la convocatoria PERIS 2021 Utilización de termografía dérmica infrarroja rutinaria en el diagnóstico precoz de PD de alto riesgo (neuropáticos, neuroisquémicos y con trastornos angiosomales subclínicos). Proyecto en colaboración con el servicio de angiología y cirugía vascular del Hospital Universitario de Bellvitge.
 - Premio Fundación Avedis Donavedian 2022 a la Calidad en la Mejora de Atención Primaria.
5. La actividad realizada en la UFECA se ha incrementado de manera progresiva, dando atención directa a pacientes en consultas, domicilio y residencias, aumentando la atención remota (telefónica y videoconferencia), realizando consultorías al resto de profesionales.
6. Se ha creado tres rutas asistenciales con las Unidades de pie Diabético (UPD) y se han activado circuitos de derivación del resto de FC a las unidades especializadas en FC existentes: Hospital Universitario de Bellvitge, Parque Sanitario San Juan de Dios y Hospital Sant Joan Despí Moises Broggi.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La implementación del modelo ha tenido un fuerte impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente. Se han conseguido resultados positivos en el ámbito epidemiológico, que nos han permitido poder planificar, evaluar la eficacia de los tratamientos en uno en torno a sostenibilidad. Se ha mejorado la eficiencia (reducción de gastos en material de curas), efectividad (capacidad de evaluación, planificación en las acciones de mejora) y la falta de equidad territorial mediante la elaboración y pactos con los diferentes niveles asistenciales de circuitos y rutas asistenciales conjuntas y evaluando estos resultados mediante técnicas de Benchmarking. También hemos podido mejorar las habilidades y conocimientos de los profesionales mediante un plan de formación específico y estructurado según las necesidades detectadas. Se ha realizado un plan de investigación que ha cristalizado en la acreditación del grupo de investigación y un incremento de la producción científica. La actividad ejecutada dentro del marco del proyecto ha significado la integración de la EPA en la estructura clásica de los EAP's.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

El manejo de la gestión del cambio, ha sido un reto en la implementación de la nueva figura de la EPA de HC por el que requirió apoyo y seguimiento directivo de manera individualizada en los casos que se requirió. La dispersión territorial dificultó la estandarización del modelo, obligando a establecer diferentes ritmos de implementación, diferentes rutas asistenciales según los proveedores y diferentes estrategias territoriales según la tipología (urbana, rural), para nivelar la iniquidad del territorio. Finalmente, una limitación en 2020 fue la pandemia Covid19 que retrasó la implementación completa del modelo, y provocó un cambio en manera de atender las personas con HC.

OBSERVACIONES

La falta de consenso en la codificación diagnóstica y los diferentes sistemas de codificación de HC dificultó la obtención de prevalencias e incidencias reales al inicio del proyecto. Por eso unas de las actividades del grupo realiza de manera sistemática desde 2018, es la depuración diagnóstica continua de los casos de HC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut, editor. Direcció General de Planificació en Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016. p. 162. Available from: www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut%0A2
2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, editor. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Heridas Crónicas Complejas. Vol. 82, Manual de Competencias Profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017. 92 p.
3. Izadi K, Ganchi P. Chronic Wounds. Clin Plast Surg. 2005 Apr;32(2):209–22.
4. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2015;52(11):1754–74.
5. Corbett LQ, Funk M, Fortunato G, O'Sullivan DM. Pressure Injury in a Community Population: A Descriptive Study. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2017;44(3):221–7.
6. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. Ann Epidemiol. 2019;29:8–15.
7. Díaz-Herrera MÁ, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, et al. Multicentre Study of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona. J Clin Med. 2021 Feb 16;10(4):797.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



8. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis†. Ann Med. 2017 Feb 17;49(2):106–16.
9. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, et al. Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. Int Wound J. 2017 Apr 7;14(2):322–30.
10. Lichterfeld-Kottner A, Hahnel E, Blume-Peytavi U, Kottner J. Systematic mapping review about costs and economic evaluations of kin conditions and diseases in the aged. J Tissue Viability. 2017 Feb;26(1):6–19.

PROYECTO 38

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE CATALUÑA. ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL ANTES Y DESPUÉS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Gerencia Territorial de Barcelona. Institut Català de la Salut
Cataluña. Barcelona

Autor/es: Grupo multidisciplinar encabezado por Emilie Anderssen y Maria Estrella Barceló

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica: Farmacología clínica

Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Con este proyecto se pretende promover un uso saludable y seguro de los medicamentos en personas institucionalizadas a través de la revisión sistemática de la medicación por un equipo multidisciplinar integrado por todos los profesionales que les atienden. Estas personas por su fragilidad tienen necesidades y prioridades que pueden cambiar frecuentemente, mucho más menudo que en la población no institucionalizada

PUESTA EN MARCHA

Consistió en la revisión sistemática y rigurosa de los planes de medicación de población institucionalizada por parte de un equipo multidisciplinar integrado por médicos de familia, enfermería y farmacología clínica o licenciados en farmacia en el que también participaron los

147

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



médicos de las residencias participantes. Se evalúa el impacto de esta experiencia que comporta un nuevo modelo organizativo y que además de la mejora en el tratamiento farmacológico también persigue mejorar la coordinación, la información y la comunicación entre profesionales y con los pacientes.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se medirá de entrada el impacto de la propia intervención. A partir de las recomendaciones efectuadas sobre el plan de medicación se medirán los cambios realizados. También se medirán otros aspectos más organizativos (se describen en el protocolo del estudio, se adjunta) ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La intervención empezó en un momento de enormes dificultades con la pandemia por COVID. Aprendimos que cualquier acción de mejora/proyecto debe adaptarse a las circunstancias y entorno en el que debe realizarse y que nuestra experiencia estuvo fuertemente condicionada por la pandemia por COVID. Y también que debe contarse siempre con todos los profesionales implicados.

PROPUESTAS DE MEJORA

Adaptar al proyecto al entorno actual, post-pandemia por COVID, implementar el proyecto en el resto de residencias del territorio. Realizar una intervención específica sobre psicofármacos, ya que algunas actuaciones fueron pospuestas por la situación de pandemia por COVID y el entorno de aislamiento de los pacientes institucionalizados. Y trabajar la comunicación con los pacientes y sus familias, que fue difícil en el entorno de la pandemia. Incorporar a profesionales de otras disciplinas, como geriatría que entraron en la fase final.

OBSERVACIONES

La parte más importante del proyecto es que ante situaciones de dificultades enormes como fue la pandemia por COVID podemos sacar lo mejor de nosotros mismos, reinventarnos, para dar el

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



mejor servicio posible a los pacientes y fomentar el trabajo en equipo, trabajar y sentirse equipo.

PROYECTO 39

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (P-ILEHRDA)

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Atención Primaria Lleida

Cataluña. Lleida

Autor/es: Xavier Ichart Tomàs, Esther Ribes Murillo, Pilar Vaqué Castilla, Alfredo Jover Sáenz, Alba Bellés Bellés.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Familiar y Comunitaria

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Mejorar los resultados clínicos en pacientes con infecciones de la comunidad, optimizar el uso de antibióticos y minimizar sus efectos adversos, fundamentalmente el desarrollo y diseminación de resistencias antimicrobianas.

PUESTA EN MARCHA

El proyecto P-ILEHRDA se inició en 2017 con un carácter multidisciplinar y entre niveles asistenciales, fundamentalmente atención primaria (AP), la Unidad de Infecciosas hospitalaria (UTIN) y el Servicio de Microbiología territorial. Se creó un equipo compuesto por profesionales de la medicina de familia (referente PROA de cada Centro de Salud), pediatría, enfermería y farmacia de AP, juntamente con el equipo de la UTIN y otros profesionales hospitalarios. Se constituyó una Comisión PROA de AP que analizó el abordaje terapéutico de las enfermedades infecciosas en la Región Sanitaria, detectó puntos de mejora y diseñó planes específicos como la elaboración de protocolos territoriales consensuados, formación en patología infecciosa, realización de asesorías por parte del referente PROA en el uso adecuado de antibióticos, utilización de técnicas de diagnóstico rápido (PCR capilar) y promoción de la prescripción diferida.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Sí.

- Densidad de incidencia (número de aislados por 1000 habitantes y día) de E.coli y K.pneumoniae resistente a ciprofloxacino, amoxicilina-ácido clavulánico y beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE).

- Indicadores de consumo de antibióticos: % pacientes expuestos a algún antibiótico/población, dosis por 1000 habitantes y día (DHD) del total de antibióticos, penicilinas, cefalosporinas, macrólidos, quinolonas y nitrofurantoína, % amoxicilina-ácido clavulánico/total penicilinas, % macrólidos/total antibióticos, % quinolonas/total antibióticos, % ciprofloxacino y norfloxacino/ciprofloxacino, norfloxacino, fosfomicina, nitrofurantoína. - Gasto farmacéutico en antibióticos anual.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

El trabajo multidisciplinar y la coordinación entre niveles han supuesto una reducción de la variabilidad en cuanto a la prescripción antibiótica, reduciendo los tratamientos innecesarios y seleccionando los antibióticos de primera elección más adecuados para cada entidad. El trabajo constante del Referente PROA desde el inicio del proyecto ha generado una mejoría cualitativa en la prescripción antibiótica en los equipos de AP. Tras la implantación del P-ILEHRDA se ha observado una reducción de la prescripción de los antibióticos con mayor impacto ecológico, así como de las resistencias microbianas. Todo ello ha conllevado una reducción del gasto sanitario. Como conclusión, el PROA en AP conlleva una mejoría en el abordaje de la patología infecciosa, así como cambios en la dinámica de prescripción antibiótica en los profesionales de AP.

PROPUESTAS DE MEJORA

Incluir la visión y participación de la ciudadanía en el P-ILEHRDA en relación a la prescripción antibiótica.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

Todo lo descrito anteriormente, está refrendado en base a los resultados microbiológicos, los datos de dosis por 1000 habitante-día (DHD) de los antibióticos y el registro de las asesorías en la historia clínica electrónica de la Región Sanitaria. Se adjuntan las siguientes gráficas: - Densidad de incidencia (número de aislados por 1000 habitantes y día) de 2014 a 2022 de: E.coli y K.pneumoniae resistente a ciprofloxacino, amoxicilina-ácido clavulánico y beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE). - Dosis por 1000 habitantes y día (DHD) de 2014 a 2021 de quinolonas, amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporinas, antibióticos recomendados en el protocolo territorial de las ITU (fosfomicina y nitrofurantoína), antibióticos a evitar en el tratamiento de primera elección de las ITU (quinolonas, amoxicilina-ácido clavulánico, cefalosporinas) y total de antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernandez-Santiago V, Marwick CA, Patton A, Davey PG, Donnan PT, Guthrie B. Time series analysis of the impact of an intervention in Tayside, Scotland to reduce primary care broad-spectrum antimicrobial use. J Antimicrob Chemother. 2015, 70, 2397-404. doi: 10.1093/jac/dkv095.
- Peñalva G, Fernández-Urrusuno R, Turmo JM, Hernández-Soto R, Pajares I, Carrión L, et al. Long-term impact of an educational antimicrobial stewardship programme in primary care on infections caused by extended-spectrum β -lactamase-producing Escherichia coli in the community: an interrupted time-series analysis. Lancet Infect Dis. 2020, 20,199-207. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30573-0.
- Drekonja DM, Filice GA, Greer N. Antimicrobial stewardship in outpatient settings: a systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol 2015, 36, 142–52.
- Dyar OJ, Beović B, Vlahović-Palčevski V, Verheij T, Pulcini C. How can we improve antibiotic prescribing in primary care? Expert Rev Anti Infect Ther 2016, 14, 403–13.
- McNulty C, Hawking M, Lecky D, Jones L, Owens R, Charlett A, et al. Effects of primary care antimicrobial stewardship outreach on antibiotic use by general practice staff: pragmatic randomized controlled trial of the TARGET antibiotics workshop. J Antimicrob Chemother 2018, 73, 1423–32 doi:10.1093/jac/dky004
- Hernandez-Santiago V, Davey PG, Nathwani D, Marwick CA, Guthrie B. Changes in resistance among coliform bacteraemia associated with a primary care antimicrobial stewardship intervention: A population-based interrupted time series study. PLOS Medicine 2019, 16, e1002825. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002825>
- Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C; ESGAP (ESCMID Study Group for Antimicrobial stewardship). What is antimicrobial stewardship?. Clin Microbiol Infect. 2017, 23, 793-8. doi: 10.1016/j.cmi.2017.08.026.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Hammond A, Stuijzand B, Avison MB, Hay AD. Antimicrobial resistance associations with national primary care antibiotic stewardship policy: Primary care-based, multilevel analytic study. PLoS One. 2020, 15, e0232903. doi: 10.1371/journal.pone.0232903.
- Gágyor I, Hay AD. Outcome selection in primary care antimicrobial stewardship research. J Antimicrob Chemother. 2021, 77, 7-12. doi: 10.1093/jac/dkab347. 10. Avent ML, Cosgrove SE, Price-Haywood EG, van Driel ML. Antimicrobial stewardship in the primary care setting: from dream to reality?. BMC Fam Pract. 2020, 21, 134. doi: 10.1186/s12875-020-01191-0.

PROYECTO 40

ESTRATEGIA NO HACER EN BRONQUIOLITIS DE LA COMUNIDAD

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

TODA LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Comunidad de Madrid

Autor/es: DAVID ANDINA MARTINEZ, MERCEDES DE LA TORRE ESPI

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: PEDIATRIA

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad muy prevalente en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) y las consultas de Atención Primaria (AP). En España la BA representa la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los niños menores de un año. A pesar de que numerosos ensayos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas demuestran la escasa utilidad de la realización rutinaria de pruebas complementarias y de los tratamientos farmacológicos actualmente disponibles, su elevado empleo es una realidad en todos los ámbitos de la asistencia pediátrica. El objetivo principal de esta estrategia de mejora de la calidad es reducir la utilización de recursos terapéuticos innecesarios para el manejo de la BA en los SUP y en los Centros de AP de la Comunidad de Madrid a través de la implantación de un protocolo de práctica clínica común basado en la mejor evidencia disponible recogida en las Guías de Práctica Clínica. Entre los objetivos secundarios se plantea conseguir una mayor implicación de las familias y ofrecer una información homogénea sobre la BA en todos los niveles

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



asistenciales empleando los mismos materiales informativos en todos los recursos asistenciales de la red pública.

PUESTA EN MARCHA

En el año 2014, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid implementó una estrategia de mejora de la calidad en la atención a los pacientes con BA en el SUP que se mantuvo durante cinco años, demostrando que el despliegue sistemático y continuado en el tiempo de acciones dirigidas a la reducción del uso de pruebas diagnósticas y fármacos innecesarios, es una estrategia efectiva (ANEXO 1 y ANEXO 2) A la vista de los resultados, en el año 2019 se pone en marcha la “Estrategia NO hacer en bronquiolitis aguda” en la que se invita a participar a todos los SUP de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, así como a los centros de AP. La puesta en marcha del proyecto en los SUP se realiza en el año 2019 y se mantiene en la actualidad (ANEXO 3 Y 4) En el caso de Atención Primaria el protocolo de manejo de los pacientes con BA se ha aprobado definitivamente en la primavera de 2022 (ANEXO 5) y la estrategia se pondrá en marcha al comienzo de esta temporada epidémica.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. SERVICIOS DE URGENCIAS: Se recogieron datos demográficos (fecha y hora de atención, edad, género), clínicos (tiempo de evolución, enfermedades previas, fiebre, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y gravedad), diagnósticos (determinación VRS, radiografía de tórax, analítica de sangre, gasometría) y terapéuticos (uso en el SU de salbutamol nebulizado, adrenalina nebulizada, suero salino hipertónico nebulizado, corticoides sistémicos y antibióticos sistémicos y prescripción al alta de salbutamol inhalado, antibióticos orales y corticoides orales). Para evaluar las posibles consecuencias no deseadas de la estrategia, se registraron las siguientes medidas de control:

- Tasa de ingreso: porcentaje de pacientes hospitalizados.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Tiempo estancia en el SU: tiempo transcurrido desde su registro en admisión del SU hasta que es dado de alta al domicilio; no se calcula en pacientes que ingresan.
- Tasa de readmisión: paciente que vuelve al SU por el mismo motivo y ha sido atendido en las 72 horas previas. ATENCIÓN PRIMARIA Para el registro en la historia clínica electrónica de AP se ha desarrollado un protocolo específico que permite el registro de la Anamnesis, Exploración y Plan de actuación.

Como indicadores de seguimiento se han establecido los siguientes:

- Población entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de salbutamol / población total entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS en el último año X 100
- Población entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de corticoides orales e inhalados / población total entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS en el último año X 100
- Población entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de antibióticos / población total entre 0 y 24 meses con EPISODIO DE BRONQUIOLITIS en el último año X 100
- Población entre 0 y 24 meses diagnosticada de bronquiolitis/ nº de población entre 0 y 24 meses atendida.
-

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Hemos demostrado que los resultados de una estrategia de calidad implementada inicialmente en el año 2014 en el SUP del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús eran extrapolables a los SUP del resto de hospitales de la red pública. Sin embargo, aún sigue existiendo gran variabilidad entre los diferentes SUP por lo que la estrategia y la medición de su impacto debe continuarse en el tiempo. La continuidad asistencial es imprescindible en general y particularmente en una enfermedad como la BA en las que son frecuentes las consultas repetidas en ambos ámbitos asistenciales. A pesar de que desde que el inicio se ha tratado de lograr la implicación de AP y se ha conseguido consensuar documentos comunes, no ha sido hasta el presente año que se ha conseguido la total implicación de las autoridades sanitarias en la estrategia y esperamos que los resultados avalen la Estrategia NO hacer en Bronquiolitis Aguda" también en AP.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Las autoridades sanitarias deberían implementar herramientas que permitan monitorizar el uso de recursos no recomendados para el manejo de la BA y de otras patologías prevalentes de forma automática. Además, se debería investigar qué factores propios de los SUP de cada hospital podrían haber ayudado a un éxito mayor de la intervención en unos centros que en otros. Por último, era necesaria la implicación de las autoridades sanitarias para que la estrategia se pudiese implementar de forma plena en todos los centros de AP de la Comunidad de Madrid y en los próximos meses habrá que valorar los resultados conseguidos en los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Se incluyen los siguientes documentos adjuntos:

- 1) Tesis Doctoral (mención cum laude) con los resultados de los primeros tres años de la estrategia: "Impacto de una estrategia continuada de mejora de la calidad en la atención de los pacientes con bronquiolitis aguda en un servicio de urgencias pediátrico".
- 2) Artículo publicado en la revista "Anales de Pediatría" con los resultados de los primeros cinco años de la estrategia: "Descenso del uso de broncodilatadores en el manejo de la bronquiolitis tras aplicar iniciativas de mejora".
- 3) Proyecto de investigación para la "Implementación de la una estrategia de mejora de la calidad en la atención de los pacientes con bronquiolitis aguda en los Servicios de Urgencias Pediátricos de la Comunidad de Madrid".
- 4) Versión 1 del manuscrito, actualmente en revisión en la revista "Emergencias", sobre los resultados del primer año de la estrategia en todos los Servicios de Urgencias Pediátricos de la Comunidad de Madrid.
- 5) "Protocolo de Atención al Paciente con Bronquiolitis Aguda en Atención Primaria" que incluye los materiales utilizados en la "Estrategia NO hacer en bronquiolitis"

PROYECTO 41

PEDIATRA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Equipo Pediatría Territorial Alt Penedès

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Laura Tur Claramunt, Maria Joana Jacobs Cachà

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Atención primaria

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Pediatría

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Los factores de riesgo social influyen negativamente la salud y desarrollo del feto y futuro bebé. La Atención Primaria es una herramienta clave para detectar gestantes vulnerables y en situación de riesgo social. Es necesario realizar una prevención y detección precoz de situaciones de riesgo durante el embarazo, así como llevar a cabo las intervenciones pertinentes para disminuir los factores negativos que afectan a la salud fetal. Es importante un correcto abordaje de las situaciones de riesgo social para evitar que se conviertan en indicadores de alarma sugestivos de maltrato prenatal e infantil. Con este objetivo preventivo de salud y con el fin de ofrecer una atención de calidad a las gestantes y bebés, es fundamental el abordaje multidisciplinar del proceso de gestación, así como el período perinatal. Queremos conseguir un circuito de coordinación fluida entre los servicios de Obstetricia/Ginecología, ASSIR, Trabajo Social y Pediatría. Este acompañamiento a la gestante en riesgo social se hará conjuntamente con todos los agentes implicados en el seguimiento del embarazo y será necesaria una correcta transferencia prenatal al Equipo Pediátrico que atenderá a esta madre y futuro bebé, tanto en el ámbito hospitalario como en la Atención Primaria. Se pretende evitar aquellas situaciones que no han sido detectadas o correctamente atendidas y transferidas durante el proceso de gestación, y acaban generando indicadores sugestivos de maltrato infantil, con sus posteriores afectos en la salud del niño.

PUESTA EN MARCHA

Los casos pueden ser detectados des de Servicios sanitarios o Sociales. Se realiza una visita conjunta con el referente de Salud de la Mujer (ASSIR) y referente Pediátrico (Tr. Social +- enfermería /pediatras referentes del futuro bebé). Esta visita se realiza en el tercer trimestre de gestación y puede realizarse en el Centro de Atención Primaria o si es la actuación más óptima, a domicilio habitual de la gestante. Durante los 6 meses en que se ha puesto en marcha esta atención centrada en el paciente y multidisciplinar, se han atendido gestantes adolescentes, gestantes afectas de violencia de género, gestantes con problemática social en hijos previos y gestantes en seguimiento por Servicio de Salud Mental / adicciones. El inicio de la atención se realiza durante la gestación, se valora el caso conjuntamente con la trabajadora social, ginecología / obstetricia y pediatría con el fin de proporcionar una continuidad asistencial con los mismos referentes. Se marcan unos objetivos de mejora junto con la familia, durante la

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



gestación y posteriormente durante el seguimiento infantil, y se proporciona los Servicios y medidas adecuadas en cada caso.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Registro de atención domiciliaria con variables familiares sociales / sanitarias. Ítems de desarrollo infantil. Plan de mejora individualizado.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La atención integral basada en el paciente produce cambios significativos en la salud física y emocional, previniendo posteriores patologías. Las gestantes valoran positivamente esta atención integral y se sienten acompañadas durante todo el proceso, disminuyendo con estas actuaciones el riesgo de maltrato infantil. Al mismo tiempo, se evitan actuaciones médicas y de Servicios sociales innecesarias ya que se ha iniciado el seguimiento de forma preventiva y con una atención multidisciplinar.

PROPUESTAS DE MEJORA

Programas formativos en detección y prevención del maltrato prenatal e infantil para profesionales de salud materno infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- The effect of multiple adverse childhood experiences on Health: a systematic review and meta-analysis. Karen Hughes, Mark A Bellis, Hatherine A Hardcastle et al. Lancet Public Health 2017;
- 2: e356-66 2. Home Visits: Advancing Pediatric Training by Preserving Past Traditions. Igor Shumskiy, MD, a Ravikiran M. Raju, MD, PhD, a Megan M. Tschudy, MD, MPHb. PEDIATRICS Volume 138 , number 3 , September 2016 :e 20162015

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 3. Early Childhood Home Visiting. James H. Duffee, MD, MPH, FAAP, a Alan L. Mendelsohn, MD, FAAP, b Alice A. Kuo, MD et al. PEDIATRICS Volume 140, number 3, September 2017:e20172150
- 4. Extending the Medical Home Into the Community: A Newborn Home Visitation Program for Pediatric Residents Megan M. Tschudy, MD, MPH; Rheanna E. Platt, et al. Academic Pediatric Association. Vol 13. N5 September–October 2013

PROYECTO 42

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA) Y CONCILIACIÓN ANTIMICROBIANA EN EL ALTA HOSPITALARIA EN SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Cataluña. Lleida

Autor/es: Alfredo Jover Sáenz, Carlos Santos Rodríguez, Liliana Filipa Invenio da Costa, Meritxell Palomera Fernández, Marí Fernanda Ramírez Hidalgo, Juan Antonio Schoenenberger Arnaiz, Javier Galindo Ortego y Juan Ramón Bordalba Gómez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Aunque las intervenciones PROA (Programas de Racionalización y Optimización Antibiótica) para mejorar el uso de antibióticos en pacientes hospitalizados están bien establecidas, la interfaz entre el hospital y la comunidad sigue siendo un desafío y expone a los pacientes a daños potenciales. Estudios recientes sugieren que entre el 30-40% de las prescripciones de antibióticos que se asocian con una estancia hospitalaria ocurren después del alta, y la idoneidad de éstas es inadecuada entre el 50-70% de las ocasiones, por duraciones más prolongadas de lo necesario y abuso de quinolonas. Nuestro objetivo con este trabajo es identificar, analizar y cuantificar, la viabilidad de diversas acciones PROA de conciliación antimicrobiana, realizadas bajo una actuación conjunta interdisciplinar, centradas en la mejora de la prescripción antibiótica al alta hospitalaria.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

Intervención prospectiva de 15 meses de duración cuyo objetivo fue calcular el ahorro en el uso de antibióticos que comporta la intervención. Intervención:

- 1.- revisión diaria del total de prescripciones de antibióticos en pacientes ingresados en urología y otorrinolaringología (ORL).
- 2.- Asesoría diaria escrita virtual no impositiva en historia clínica informatizada SAP "Systems, Applications, Products in Data Processing".
- 3.- Conciliación al alta y entrega de la cantidad en unidosis de antibiótico necesario para finalizar el tratamiento, con educación informativa, oral y escrita, al paciente.
- 4.- Notificación informatizada de la conciliación a su médico de cupo de Medicina Familiar.

Variables principales: diferencia en las Dosis Diarias Definidas (DDD) de antibióticos dispensadas y en los días de tratamiento con antibióticos al alta (DOTs), en los pacientes con intervención respecto a los valores que se hubieran obtenido sin ella, de acuerdo con los envases comercializados de antibióticos que contengan la mínima cantidad de comprimidos o cápsulas de antibióticos, que se hubieran prescrito en el sistema de receta electrónica de atención primaria.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Dosis Diarias Definidas y Días de tratamiento con antibióticos al alta (DOTs)

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Se han incluido 258 pacientes, de los cuales 187 (72,48%) fueron pacientes con infecciones de tipo urológico. Las entidades infecciosas tratadas más frecuentes fueron pielonefritis y abscesos amigdalinos, diagnosticadas en 77 (29,8%) y 36 (13,9%) casos, respectivamente. Amoxicilina-clavulánico y cefuroxima-axetilo fueron los antibióticos más prescritos y dispensados en 66 (25,6%) y 62 (24,0%) casos. La media de los días de tratamiento con antibióticos al alta fue de $7,5 \pm 4,2$ días. En términos absolutos se redujo el consumo de antibióticos en 1008 DDDs y 732 DOTs durante el periodo estudiado, lo que representó respecto a los valores teóricos sin

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

Extensión de la metodología sobre el total de servicios del hospital y hospitales de agudos de nuestra región sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alqenae FA, Steinke D, Keers RN et al. Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Saf.* 2020; 43: 517-37
2. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis* 2016; 62, e51-e77
3. Brotherton AL. Metrics of Antimicrobial Stewardship Programs. *Med Clin North Am.* 2018; 102:965-76 Chavada R, Davey J, O'Connor L et al. '\\\\'Careful goodbye at the door\\\\': is there role for antimicrobial stewardship interventions for antimicrobial therapy prescribed on hospital discharge?. *BMC Infect Dis.* 2018; 18: 225
4. Daniels LM, Weber DJ. Interventions to improve antibiotic prescribing at hospital discharge: A systematic review. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021;42: 96-9
5. Davey P, Marwick CA, Scott CL et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients (Review). *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2017; 38: 353-5
6. Dyer A. P, Dodds Ashley E, Anderson D.J et al. Total duration of antimicrobial therapy resulting from inpatient hospitalization. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2019; 40: 847-54
7. Feller J, Lund B.C, Perencevich E.N et al. Post-discharge oral antimicrobial use among hospitalized patients across an integrated national healthcare network. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Mar; 26: 327-32
8. Gapen Barnett S, Lata P, Kavalier M et al. Antibiotic assessment at hospital discharge—Room for stewardship intervention. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 41: 209-11
9. Jorgensen S, Zurayk M, Yeung S et al. Risk factors for early return visits to the emergency department in patients with urinary tract infection. *Am J Emerg Med.* 2018; 36: 12-7
10. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. 2012; 18: 268-81 Moehring R.W, Dyer A.P, Dodds Ashley E. Total duration instead of in-hospital antibiotic days: reaching beyond the hospital walls. Clin Microbiol Infect. 2020; 26: 268-70

11. Nelso GE. Another Key Moment for Antimicrobial Stewardship: Hospital Discharge. Clin Infect Dis. 2020; 71: 1240-2.

12. Suzuki h, Perencevich EN, Alexander B et al. Inpatient Fluoroquinolone Stewardship Improves the Quantity and Quality of Fluoroquinolone-prescribing at Hospital Discharge: A Retrospective Analysis among 122 Veterans Health Administration Hospitals. Clin Infect Dis. 2020; 71: 1232-9.

13. Vaughn VM, Flanders SA, Snyder A et al. Excess Antibiotic Treatment Duration and Adverse Events in Patients Hospitalized With Pneumonia. Ann Intern Med. 2019; 171:153-63.

14. Vaughn VM, Gandhi TN, Chopra V et al. Antibiotic overuse after hospital discharge. A multi-hospital cohort study. Clin Infect Dis. 2020; ciaa1372

PROYECTO 43

PROGRAMA DE NUTRICIÓN DIGITAL PARA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES EN DIÁLISIS Y POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL VINALOPO Y CENTRO DE HEMODIALISIS NEFROSOL

Comunidad Valenciana. Alicante

Autor/es: Eva Cotilla de la Rosa

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Se trata de un proyecto piloto que consta de una app que ofrece servicios nutricionales para cocrear soluciones digitales con emprendedores que aporten valor en el ámbito sanitario. Consta de recomendaciones para perder peso y adherirse a los buenos hábitos nutricionales de pacientes en diálisis y potenciales candidatos a trasplante renal. Es una herramienta cognitivo-conductual creada y gestionada por Dietistas-Nutricionistas titulados y

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



material validado y supervisado por miembros del Hospital Universitario del Vinalopó. Además, incluye un chat directo con el equipo nutricional.

PUESTA EN MARCHA

El presente es un proyecto piloto multicéntrico en el Hospital Universitario de Vinalopó y Centro de hemodiálisis Nefrosol-Salud mediante la utilización de la aplicación móvil de Nootric para perder peso y adherirse a hábitos nutricionales saludables. El proyecto se lleva a cabo mediante los profesionales sanitarios del propio hospital y los especialistas de dietética y nutrición que conforman la aplicación de Nootric. Dirigido a personas en diálisis, mayores de 18 años con IMC >30. Los participantes se registran a la aplicación móvil de Nootric con el fin de obtener educación e intervención nutricional mediante las herramientas proporcionadas y el control de un Dietista-Nutricionista Colegiado. La intervención nutricional consistirá en acompañar al paciente a lo largo de tres meses (entre enero y abril de 2022) aportando soluciones en su estado nutricional y de bienestar actual. Para ello se proporcionará material revisado y validado por profesionales capacitados en nefrología del Hospital Universitario de Vinalopó y de Nefrosol.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Hemos medido , no solo la pérdida de peso sino otros parámetros antropométricos, de fuerza y de composición corporal. Así como indicadores de control metabólico glucémico, HbA1c y porcentaje de pacientes en LE (Lista de Espera) de Tx renal.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Beneficios de la implantación de Nootric en pacientes en diálisis y potenciales candidatos a trasplante renal- Seguimiento en tiempo real del estado del paciente sin necesidad de acudir a la consulta médica. Detección temprana de signos que requieran de la actuación del médico especializado. Potenciar el contacto directo con el paciente, familia y/o cuidador, aumentando así la fidelización del paciente con el compromiso médico-nutricional. Optimización del tiempo y disminución de la carga psicológica tanto del paciente como de su cuidador (en caso de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



tenerlo). Esto se logra con el menú, la lista de la compra y el uso del chat para resolver posibles dudas. La mejora de los hábitos nutricionales está relacionada con una relación coste-efectividad muy positiva. Actualización de material y conocimientos por parte del equipo médico. Creación de sinergias y trabajo multidisciplinar, acercando la nutrición al centro hospitalario. Conseguir una mejora de las condiciones físicas del paciente (IMC, peso, contorno...) de cara a la inclusión en Lista de Espera del Trasplante renal y el menor número de complicaciones de la cirugía del Trasplante relacionados con la obesidad (hernias, dehiscencias de sutura, infecciones). Mejoría del control metabólico glucémico, en los pacientes diabéticos, con mejoría de la toxicidad de la glucosa y del riesgo cardiovascular.

PROPUESTAS DE MEJORA

Se necesita una implicación del personal sanitario para conseguir una mejor adherencia a la app, por parte de los pacientes de edad avanzada con escaso conocimiento digital. Eliminar los prejuicios a la hora de reclutar pacientes para adherirse a la app, porque en nuestra experiencia, nos hemos sorprendido gratamente, y aquellos que no pensábamos que fueran capaces, lo han sido y con buenos resultados. Los cambios de hábitos es lo más complicado para lograr resultados en salud, y debemos insistir, además de seguir las dietas cardiosaludables, en el ejercicio físico que es un complemento fundamental para la nutrición. Seguir trabajando en la adaptación de ejercicios según el perfil del paciente renal.

OBSERVACIONES

Excelente colaboración con el equipo técnico de desarrollo, por su implicación, su facilitación del acceso a la app, aunque algunos pacientes tuvieran dispositivos con versiones antiguas y su formación continuada del paciente renal, en cuanto a su complejidad (pacientes en su mayoría anúricos con dietas con muchas restricciones, con el reto de perder peso sin desnutrirse). El 52,6% de los pacientes consideran que han mejorado bastante o mucho su alimentación. El 37,1% expresan que han mejorado su alimentación moderadamente.

BIBLIOGRAFÍA

- KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR NUTRITION IN CKD: 2020 UPDATE Kamyar Kalantar-Zadeh, M.D., M.P.H., Ph.D., and Denis Fouque, M.D., Ph.D. Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. N Engl J Med 2017; 377:1765-1776
- Ruperto López M, Barril Cuadrado G, Lorenzo Sellares V. Guía de nutrición en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Nefrología. 2008; 28(3):79-86.
- Ashby, Damien, Natalie Borman, James Burton, Richard Corbett, Andrew Davenport, Ken Farrington, Katey Flowers, et al. 2019. "Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis."

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Nacional Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31623578/>. Cita Gil, JS, E. Hendren, J. Dong, O. Johnston, and J. Gill. 2014.
- "Differential association of body mass index with access to kidney transplantation in men and women." Clin J Am Soc Nephrol 9 (5): 951-9.
- Gorostidia, Manuel, Mercedes Sánchez-Martínez, Luis M Ruilopea, Auxiliadora Graciana, Juan J de la Cruz, Rafael Santamaría, Maria D del Pino, et al. 2018. "Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular." Nefrología. <https://www.revistanefrologia.com/es-prevalencia-enfermedad-renal-cronica-espana-articulo-S0211699518300754>.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. 2013. "KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease." Kidney Int Suppl, no. 3, 1-150. PAHO/WHO. 2014. "Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión." Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es.
- Zrim S, Furlong T, Grace B, Meade A. Body mass index and postoperative complications in kidney transplant recipients. Nephrology (Carlton) 2012;17:582-7.
- Aalten J, Christiaans M, de Fijter H, Hené R, van der Heijde JH, Roodnat J, et al. The influence of obesity on short and long-term graft and patient survival after renal transplantation. Transpl Int 2006;19:901-7. (3) Chang S, Coates O, McDonald S. Effects of body mass index at transplant on outcomes of kidney transplantation. Transplantation 2007;84:981.
- (11) Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R, Peña Amaro MP, Esteban de la Rosa RJ. Assessment of lipid profiles and bone mineral density in renal transplant patients. Nutr Hosp 2015;31(6):2503-10 (12) Tse KC, Lam MF, Yip PS, Li FK, Lai KN, Chan TM, et al. A long-term study on hyperlipidemia in stable renal transplant recipients. Clin Transplant 2004;18(3):274-8
- (13) Sharif A, Moore R, Baboolal K. Influence of lifestyle modification in renal transplant recipients with postprandial hyperglycemia. Transplantation 2008;85:353-8
- (14) Favaloro R, Peradejordi M, Bertolotti A, Diez M, Favaloro L, Gomez C, et al. Results of heart transplantation: 16 years' experience in a center in Argentina. Transplant Proc 2010;42(1):321-3
- (15) Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R, Gomez Urquiza JL, Cañadas de la Fuente GA, Esteban de la Rosa RJ, Peña Amaro MP. Study and prevalence of post-transplant diabetes mellitus; analysis on a group of kidney transplant recipients. Nutr Hosp

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



2014;30(4):813-7 (16) Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R, Esteban de la Rosa RJ, Peña Amaro MP. Longitudinal study of weight and body mass index after renal transplantation during 5 years of evolution. Nutr Hosp 2014;30

- (2):287-92 (17) Nazemian F, Naghibi M. Weight-gain-related factors in renal transplantation. Exp Clin Transplant 2005;3(1):329-32

PROYECTO 44

TERAPIA OCUPACIONAL EN DOMICILIO PARA PACIENTE FRÁGIL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: ROSALÍA DE DIOS ALVAREZ, ESTHER SANCHEZ RODRIGUEZ, MARIA SAN JUAN JIMENEZ, PAULA MUÑOZ PÉREZ

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades: AH

Área de especialidad médica: REHABILITACIÓN-TERAPIA OCUPACIONAL

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Un mes

Objetivo y necesidad que cubre: Implementar la experiencia de NO hacer tratamiento rehabilitador en ambiente hospitalario en pacientes frágiles, llevando al terapeuta ocupacional al domicilio del paciente. Objetivo: Acercar al domicilio del paciente la valoración y entrenamiento específico en actividades básicas de la vida diaria. Evaluación de su entorno y adaptación de elementos de apoyo si se precisa. Instruir a familia / cuidador. Disminuir los costes individualizando las sesiones de tratamiento en el domicilio del paciente, eliminando los gastos de desplazamiento y los inconvenientes de sacar al paciente frágil de su entorno. Necesidad: cubrir la atención a pacientes frágiles, habitualmente mayores, cuyas posibilidades y tolerancia al transporte sanitario son pobres y condicionan el objetivo terapéutico. Llevarle al Hospital para rehabilitar es costoso e ineficiente.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

La terapia ocupacional en el domicilio del paciente nació de la necesidad de acercar los recursos terapéuticos al paciente más frágil, en un momento de pandemia en el que no era posible el desplazamiento del paciente al hospital. La evaluación de la mejora funcional lograda (medida con índice de Barthel previa y posterior a la intervención terapéutica) con menor número de sesiones, la buena aceptación de pacientes y sus familias y la individualización de los tratamientos nos han llevado a mantener la experiencia ya fuera del contexto pandémico.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
Sí.

- Nº total de peticiones de rehabilitación domiciliaria aceptadas para tratamiento.
- Nº de días de tratamiento para conseguir objetivos por perfil de pacientes.
- Intervalo (días) desde la prescripción del tratamiento hasta su inicio en domicilio.
- Escala de valoración funcional Barthel pre y post tratamiento.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Prolongar un tratamiento de forma ambulatoria en un paciente frágil es ineficaz y costoso. Orientar el tratamiento del paciente frágil hacia la terapia ocupacional y adaptación a su entorno es más eficiente que un tratamiento tradicional en hospital. Beneficios que aporta tener un TO en domicilio: Paciente con mayor independencia y participación en ABVDS Menores riesgos físicos y emocionales ya sea por inmovilismo o sedentarismo Al mejorar el desempeño ocupacional en su entorno, el paciente mejora su estado emocional y aumenta su autoestima Se reducen las visitas al centro hospitalario Disminuye el coste del transporte sanitario.

PROPUESTAS DE MEJORA

Ampliar la experiencia a pacientes con otras necesidades terapéuticas: fisioterapia respiratoria. Incluir un cuestionario de satisfacción para pacientes / cuidadores.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Contextual Interference in Motor Learning: Dissociated Effects Due to the Nature of Task Variations Timothy D. Lee, Gabriele Wulf, Richard A. Schmidt First Published May 1, 1992 Research Article <https://doi.org/10.1080/14640749208401303>
- A REVIEW OF THE CONTEXTUAL INTERFERENCE EFFECT IN MOTOR SKILL ACQUISITION * Richard A. MAGILL and Kellie G. HALL Louisiana State University, Baton Rouge, USA Magill, R.A. and K.G. Hall, 1990. A review 'of the contextual interference effect in motor skill acquisition. Human Movement Science 9, 241-289.

PROYECTO 45

HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Bayes B, Cofan F, Díaz JM, Fulladosa X, García I, Sans L

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades: AH

Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) desarrollada por Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQUAS) tiene el objetivo de facilitar una toma de decisiones compartida para el tratamiento renal sustitutivo.

PUESTA EN MARCHA

Se desarrolló el año 2015 una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones en Enfermedad Renal Crónica Avanzada, y una actual actualización el año 2021. Disponible en la página web: <https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/malaltia-renal-cronica-avancada/> . Actualmente, se está desarrollando modelos para mejorar la implementación con la ayuda de diferentes asociaciones de Nefrología en Cataluña y España.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se ha incorporado como un posible indicador de gestión el nivel de participación de los pacientes en las decisiones de sustitución renal. Para lograr la medición se utilizará la escala SDM-q validada al español y que consiste en un autoreporte del profesional sanitario sobre el grado en que ha involucrado al paciente en la decisión. Se espera un indicador $> 0 = a 80\%$ de los casos con puntajes sobre 35 en la escala. (Este punto se describe con más detalle en el adjunto, especial énfasis en la interpretación de resultados)

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Esta HATD fue desarrollada el año 2015, donde para entonces era una intervención novedosa en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Su relevancia radica en la prevalencia de la enfermedad y en que esta afecta por un largo periodo de tiempo a los enfermos y sus familias. Actualmente está disponible en español y catalán de manera gratuita a la comunidad en la página web de AQUAs (<https://decisionscompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/malaltia-renal-cronica-avancada/>). Respecto a las lecciones aprendidas, consideramos importante que la elaboración de toda HATD la colaboración de diferentes actores: los pacientes -quienes pueden reflejar de mejor manera las necesidades-, los profesionales sanitarios y la comunidad científica. Por tanto, en AQUAs a diferencia de otros proyectos, nos caracterizamos por entregarle un marco de valor desde la perspectiva de participación en compañía de una sólida metodología de elaboración. Entre los logros, consideramos que ser invitados a presentar esta HATD en ERCA en el próximo Congreso de la Sociedad Española de Nefrología confirma que este es un producto valorado por los diferentes actores, tanto de los profesionales como de los científicos.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. Para la actualización, se crearon equipos de trabajo variados y se incluyó en este a la Sociedad Catalana de Nefrología y Sociedad Española de Nefrología.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



2. Se realizará un Guía de Implementación que facilite el uso de la HATD a los profesionales sanitarios en su encuentro clínico.
3. Actividades de difusión: próximo Congreso de la Sociedad Española de Nefrología.

OBSERVACIONES

Se adjuntan 3 documentos: 1. Archivo principal con las características de la HATD en ERCA, 2. Anexo 1 monografía de la herramienta (que corresponde al Anexo 7.1 del documento principal), 3. Infografía de tratamiento renal sustitutivo (corresponde al Anexo 7.2 del documento principal).

BIBLIOGRAFÍA

- Almazán C., Moharra, M., Caro Mendivelso J., Ramírez A., Carrillo Aguirre G., Baijet J., Dordas A., Vilarasau N., Parameswaran L., Herczeg L. Salut Participativa per una atenció centrada en el valor. Guia per a la implementació de projectes d'atenció sanitària basada en el valor. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021.
- Bravo, P., Dois, A., Contreras, A., Soto, G., & Mora, I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42. e133.
- Bravo, P., Dois, A., Hernández, M. J., & Villarroel, L. (2018). Conflicto decisional en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial usuarias del nivel primario de atención de salud de Chile. Revista médica de Chile. 2018;146(11), 1286-1293.
- Coulter, A., Stilwell, D., Kryworuchko, J. et al. A systematic development process for patient decision aids. BMC Med Inform Decis Mak. 2013;S2. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-S2-S2>
- De las Cuevas C, Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl I, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. Health Expect. 2015;18(6):2143-53. doi: 10.1111/hex.12183. Epub 2014 Mar
- PMID: 24593044; PMCID: PMC5810694.
- Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ 2017;359:j4891.doi:10.1136/bmj.j4891pmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29109079
- Elwyn, G. CollaboRATE for patients-Spanish.[internet]. 2018. Recuperado de collaborate_spanish_september2018_daniela_final__2_.pdf (glynelwyn.com)
- Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, Del Pino MD, Guallar-Castillón P, de Álvaro F,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors. *Nefrologia (Engl Ed)*. 2018;38(6):606-615. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nefro.2018.04.004. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29914761.
- Hernández-Leal MJ, Codern-Bové N, Pérez-Lacasta MJ on behalf of the ProShare Group, et al. Development of support material for health professionals who are implementing Shared Decision-making in breast cancer screening: validation using the Delphi technique *BMJ Open* 2022;12:e052566. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052566
- Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KU, Nahas ME, Jaber BL, Jadoul M, Levin A, Powe NR, Rossert J, Wheeler DC, Lameire N, Eknoyan G. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*. 2007;72(3):247-59. doi: 10.1038/sj.ki.5002343. Epub 2007 Jun 13. PMID: 17568785.
- Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa Decision Support Tutorial. 2021. Available in: <https://decisionaid.ohri.ca/ODST/odst.php?section=s1>
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5
- Urrutia M, Campos S, O'Connell A. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional [Validation of a Spanish version of the Decisional Conflict scale]. *Rev Med Chil*. 2008;136(11):1439-47. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872008001100010. PMID: 19301775.
- Zegarek M, Brienza R, Quinn N. Twelve Tips for teaching shared decision making. *Med Teach*. 2022;6:1-7. doi: 10.1080/0142159X.2022.2093700. Epub ahead of print. PMID: 35793200.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 46

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

Comunidad Valenciana. Alicante

Autor/es: AM. Pérez Esquerdo, MV Pastor Bernabeu, V. Pérez Esquerdo, M. Llorca López, S. Ros Pérez, C. Martínez Sabando, T. Cerezo Martínez, A. Pavés Ferrando, I. Ávalos Meseguer, M. García Pérez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades: AH

Área de especialidad médica: Salud Mental

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Describir las actuaciones que realiza el equipo de enfermería dentro de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y evaluar su utilidad. Las intervenciones de enfermería se basan en un programa estructurado de talleres dentro de la unidad para cubrir las necesidades que nos transmiten las personas que sufren TCA a nivel cognitivo, emocional, conductual, familiar y social y académico y laboral.

PUESTA EN MARCHA

El programa se estructura en 5 ámbitos de intervención: Autocuidado, terapia corporal, educación para salud, arteterapia, y salidas terapéuticas. Este programa aplica a pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, y trastornos por la conducta alimentaria no especificados que se encuentran hospitalizados. Los pacientes deben estar incluidos en la fase de tratamiento 1,2,3 o 4, comprometerse a acudir a las sesiones, realizar los ejercicios propuestos y cumplimentar los cuestionarios.

No deben presentar conductas disruptivas graves que pongan en peligro la integridad física del propio paciente o la de sus compañeros. Previo a la incorporación al programa de los pacientes, se les realiza por el personal de enfermería la valoración propia de enfermería dentro del plan de cuidados de enfermería (ver documento anexo I). Para implementar el proyecto contamos con un equipo de profesionales que forman parte de la Unidad de Hospitalización. Actualmente se cuenta con un Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería y un/a Enfermero/a por turno.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Las intervenciones de enfermería estarán compuestas por diferentes talleres en función del ámbito de intervención ya descritos (ver anexo II Talleres). El personal de enfermería registrará en la historia clínica electrónica el tipo de intervención realizada, su reacción y archiva las escalas medidas en función de la intervención realizada. Durante cada turno se llevará a cabo cada intervención indicada en el calendario semanal. Para la evaluación y seguimiento del programa, se han diseñado 3 indicadores: encuesta de satisfacción con el programa para los pacientes que participan, valoración comparativa de enfermería, y grado de cumplimiento del proyecto. La participación desde la implantación del proyecto es del 100% de pacientes hospitalizados, con muy buena aceptación de pacientes habiendo detectado áreas de mejora. El proyecto se ha puesto en marcha en marzo 2022.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 1

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 1

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Encuesta de satisfacción Valoración de enfermería Cumplimiento de proyecto.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

1.- Participación de paciente durante su periodo de hospitalización 2.- Aumentar la motivación de los profesionales implicándoles en la realización de los talleres. 3- Humanización de la asistencia en pacientes ingresados, 4.- Mejora de la relación terapéutica entre paciente-profesional.

PROPUESTAS DE MEJORA

1.- Ampliar ámbitos de actuación de las intervenciones (en número y tiempo destinado)

2.- Disponer de espacios acordes al taller realizado.

3.- Ampliar el número de profesionales que participan en la implementación del programa.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Johns G, Taylor B, John A, Tan J. Current eating disorder healthcare services - the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. BJPsych Open. 2019 Jul 12;5(4):e59. doi: 10.1192/bjo.2019.48.
- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. : American Psychiatric Pub; 2014.
- Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed: FAECAP. 2ªed. 2009. [citado 2022-01-14]. Disponible en: Edita: FAECAP Disponible en: http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf 4. Bustamante Cruz E. Enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Jornadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una perspectiva multidisciplinar. Toledo; Universidad de Castilla-La Mancha. 2012. P. 193-204
- King SJ, Turner DS. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses perspective. J Adv Nurs. 2000;32:139-147
- Gómez del Río N, Castro Molina FJ, Monzón Díaz J, García Parra E, Monzón Díaz G, Quintero Febles JM. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Rev Presencia, 2013 ene-dic, 9(17-18). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156.php>. Consultado el: 17/01/2022
- van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M, van Elburg A, van Meijel B. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. J Clin Nurs. 2009 Oct;18(20):2801-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x.
- Sly R, Morgan JF, Mountford VA, Sawyer F, Evans C, Lacey JH. Rules of engagement: qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. Eat Disord. 2014;22(3):233-43. doi: 10.1080/10640266.2013.867742.
- Sibeoni J, Orri M, Valentin M, Podlipski MA, Colin S, Pradere J, Revah-Levy A. Metasynthesis of the Views about Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents: Perspectives of Adolescents, Parents, and Professionals. PLoS One. 2017 Jan 5;12(1):e0169493. doi: 10.1371/journal.pone.0169493. 10. Simón Alonso N. Paciente con primer ingreso en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia nervosa: abordaje de enfermería. Revista de enfermería y salud mental 2018(10):28-32
- 11. Fornés Vives J, Gutiérrez Sevilla J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados. Editorial Panamericana. 2ªEd. España. Madrid 2012

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 12. Toledo VP, Ramos NA, Wopereis F. Processo de Enfermagem para pacientes com anorexia nervosa [Nursing process to patients with anorexia nervosa]. Rev Bras Enferm. 2011 Jan-Feb;64(1):193-7. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-71672011000100029.
- 13. Pfeiffer E, Hansen B, Korte A, Lehmkuhl U. Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik [Treatment of eating disorders in adolescents--the view of a child and adolescence psychiatric hospital]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2005 Apr;54(4):268-85. German.
- 14. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. Appetite. 2012 Jun;58(3):847-51. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.009.
- 15. Kolnes LJ. Embodying the body in anorexia nervosa--a physiotherapeutic approach. J Bodyw Mov Ther. 2012 Jul;16(3):281-288. doi: 10.1016/j.jbmt.2011.12.005.
- 16. Ferrón SB. Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en salud mental como complemento a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 2006 (23), 5.
- 17. Protocolo y plan funcional de la unidad.
- 18. Pastor-Bernabeu, MV, Juliá-Sanchis R, Pérez-Esquerdo AM Serralta Gomis MJ, Herrero Martín P, Aguilera Zamora A. Medición de la respuesta emocional a las terapias expresivas aplicadas en una UHP. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2017
- 19. Pérez Ruiz L, Juliá-Sanchis R, Pastor-Bernabéu MV, & Sanjuan-Quiles Á. Efectos de la arteterapia sobre las personas ingresadas en unidades psiquiátricas. Revisión scoping. Revista Española de Enfermería de Salud Mental, 2018 (4).

PROYECTO 47

A TU LADO, EN TU CIRUGÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario I Politécnico La Fe de Valencia

Comunidad Valenciana. Valencia

Autor/es: María Pilar Argente Navarro

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Medicina perioperatoria. Un paso por quirófano más amable A TU LADO, EN TU CIRUGÍA. Programa de empoderamiento y humanización de la asistencia al paciente de Medicina Perioperatoria del Hospital Universitari i Politècnic la Fe sometido a cirugía abdominal mayor oncológica. ANTECEDENTES La Medicina Perioperatoria (MPO), es un conjunto de medidas y estrategias aplicadas en todo el proceso perioperatorio, orientado a optimizar y acompañar a los pacientes de cirugía mayor abdominal oncológica desde el periodo preoperatorio, minimizar el impacto de la cirugía y empoderarlos en el postoperatorio hasta una recuperación funcional completa. La Unidad de Medicina Perioperatoria del Área Clínica de Anestesiología, Reanimación y Bloque Quirúrgico del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València inicia su actividad en 2015 encaminados hacia la excelencia en el cuidado, la implicación y empoderamiento del paciente en el proceso quirúrgico y la humanización de la asistencia. Desarrollamos el proceso perioperatorio a través de cuidados médicos/enfermería con un enfoque multidisciplinar centrado en el paciente, valorando su implicación y participación activa y aplicando estrategias previamente establecidas y contrastadas alineadas a nivel europeo e internacional. OBJETIVOS

- Mejorar la calidad y eficiencia de todas las intervenciones (presenciales y/o no presenciales) que se proporcionan a los pacientes que entran a formar parte del programa de MPO.
- Implicar y empoderar al paciente en el proceso quirúrgico y humanizar la asistencia para proporcionar una experiencia lo más satisfactoria posible al paciente. INFORMACIÓN A OBTENER
- Grado de calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente.
- Grado de satisfacción con la atención recibida.

PUESTA EN MARCHA

Dentro del Plan de Humanización llevado a cabo por el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitari y Politècnic La Fe de Valencia, la Unidad de Medicina Perioperatoria está articulando un programa integral que consta de: 1. Enfermera de referencia. El paciente desde el momento de su inclusión en lista de espera quirúrgica dispone de una enfermera de referencia en la Unidad que le acompaña y está disponible para atender sus dudas y ayudarle hasta su recuperación funcional hasta los 30 días tras la cirugía.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Tras la inclusión en lista de espera quirúrgica hay un primer contacto telefónico para la evaluación inicial, revisión de medicación habitual y realización de escalas de valoración funcional. A la semana hay una visita de consulta presencial y se mantiene el seguimiento telefónico hasta la cirugía.

Durante la cirugía y el ingreso hospitalario hay un seguimiento presencial diario tanto en quirófano como en sala de hospitalización hasta el alta a domicilio. A los 30 días tras la cirugía hay una consulta telefónica con evaluación de los resultados y de la experiencia reportada por el paciente con una entrevista estructurada. Durante todo el proceso el paciente dispone si precisa de contacto telefónico, vía email o redes sociales para aclarar cualquier duda y ayudarle en el proceso además de proporcionarle un informe de continuidad de cuidados individualizado.

2. Información al paciente. Una adecuada información es imprescindible para una implicación del paciente en sus cuidados. La instauración de múltiples medidas para optimizar al paciente hace fundamental unas instrucciones perioperatorias escritas con acceso a contenido audiovisual en el canal de youtube del Hospital la Fe a través de código QR. El paciente puede acceder a la información desde casa "Folletos informativos para Pacientes":

- Ejercicio físico regular. Consta de ejercicio físico interválico individualizado a través de la escala DASI asociado a ejercicios de tonificación y movilidad articular con objeto de mejorar la capacidad física funcional del paciente y consolidar el hábito saludable de ejercicio físico regular.
- Corrección de la anemia. Evaluación analítica de la anemia y administración si precisa de hierro endovenoso en Hospital de día, para reducir el riesgo transfusional y mejorar la fatiga.
- Soporte nutricional, se realiza evaluación endocrinológica individualizada para una adecuada prescripción de inmunonutrición y administración de maltodextrinas preoperatorias. Adicionalmente se dan instrucciones para una dieta equilibrada y saludable.
- Soporte emocional a través de una psico-oncóloga en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer para aprender herramienta para afrontar el proceso, mejorar el bienestar psicológico y también para el abandono de los hábitos tóxicos (tabaco/alcohol). También se les facilita el acceso a un programa de mindfulness en colaboración con el servicio de Psicología del Hospital la Fe.

- Hábitos saludables. El objetivo final de este proceso es consolidar unos hábitos de vida saludables que incluyen ejercicio físico regular, dieta equilibrada y abandono de hábitos tóxicos.

3. "Pon música a tu cirugía", el paciente a su llegada a quirófano elige que música desea escuchar hasta que se quede dormido con la anestesia general como estrategia para disminuir la ansiedad. El tiempo de espera en acogida prequirúrgica, asocia un grado de estrés y ansiedad para el paciente ya que es un ambiente desconocido, desprovisto de todas sus pertenencias, sin la presencia de ningún acompañante y con la incertidumbre de cómo se desarrollará la cirugía. El tiempo desde la entrada en quirófano hasta que el paciente se encuentra sedado o bajo anestesia general requiere en ocasiones la realización de técnicas locoregionales siendo

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



recordado por el paciente como especialmente estresante. Se ha de procurar un ambiente calmado y relajado, y de manera general se evita el tránsito de profesionales y las conversaciones no necesarias. El programa de "Musicoterapia en quirófano" ofrece al paciente la posibilidad de escuchar la música que elija durante su estancia en quirófano, haciéndole protagonista de su película reduciendo de este modo su ansiedad, además de establecer un contacto cercano y cálido con el equipo quirúrgico (anestesiólogo/cirujano/enfermera). 4. "Quirófano amable". En la línea de ofrecer una experiencia más cálida al paciente manteniendo los estándares de calidad se ha procedido a cubrir con vinilo grado médico las paredes de quirófano con objeto de hacer del mismo un espacio más acogedor. Se han escogido motivos locales de espacios abiertos que les permitan sentirse como en casa. 5. Estrategias de humanización durante la Hospitalización. Los cuidados postoperatorios se articulan en base a los pilares de la movilización y tolerancia precoz, analgesia adecuada y vigilancia proactiva de las complicaciones. La incentivación de la movilización precoz se realiza con la difusión en diferentes horarios a través del canal institucional de la televisión en las habitaciones de los pacientes de los diferentes programas. Se incluye ejercicios respiratorios así como para paciente encamada, en sedestación y en bipedestación.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se valorará el grado de satisfacción y la experiencia reportada por el paciente (PREMs- patient reported experience) mediante:

- Encuesta entregada al paciente tras el procedimiento quirúrgico a través de la Unidad de Calidad de la Dirección de Área de Planificación del Hospital La Fe, se ha creado una encuesta de opinión a todos los pacientes incluidos en el programa, que quieran participar. Se realiza a través de un código QR facilitado en la información al paciente.
- Entrevista personalizada con los pacientes que han formado parte del programa, se les pregunta por el grado de satisfacción con la atención recibida por parte del personal de MPO y si tienen alguna propuesta de mejora. La Unidad de Medicina perioperatoria lleva instaurado

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



desde hace unos años este programa con resultados muy positivos y queremos universalizar la medida a todos los pacientes quirúrgicos en todos los quirófanos.

- Grado de satisfacción del paciente con la atención recibida: 95%.
- Incremento de 2 puntos del grado de calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente en el 50% de los pacientes. La Unidad de Medicina Perioperatoria es un referente a nivel internacional en la gestión global de pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor oncológica. Realizamos a través diferentes herramientas (cursos presenciales, charlas...) difusión de nuestro modelo que es extrapolado a otros centros a nivel nacional e internacional. ¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Para monitorizar los resultados se realizó una prueba piloto en la que participaron a 126 pacientes. En la encuesta de satisfacción global que se le realiza al paciente al alta de su hospitalización la valoración global del programa fue del 98,26%. En relación a iniciativas concretas como el programa de 2 Pon música a tu cirugía" el resultado también fue muy positivo. Respecto a la calidad de vida, a todos los pacientes que entran a formar parte del programa de MPO se les pasa en la primera consulta el Cuestionario EQ5D donde se valora la calidad de vida del 1 al 10, registrando el mismo en la historia clínica electrónica. Tras finalizar el programa y al mes de la intervención quirúrgica se vuelve a pasar el cuestionario. Como resultados obtuvimos que el 64% de los pacientes presentaban mejor calidad de vida que antes de la cirugía.

PROPUESTAS DE MEJORA

De la entrevista personalizada pudimos extraer diversas propuestas de mejora, como:

- Reducir los tiempos de espera para la IQ.
- Hacer la comida del hospital más apetecible.
- Comodidad de las camas del hospital.
- Mejoraría la atención si hubiera más personal en planta/urgencias.
- Realizar seguimiento postoperatorio más temprano.
- Poner información actividad física postcirugía en guía pacientes.

OBSERVACIONES

La puesta en marcha del programa de empoderamiento y humanización de la asistencia, A tu lado en tu cirugía, no solo ha supuesto una experiencia de éxito para los pacientes, sino que los profesionales implicados han valorado muy positivamente este abordaje. Este modelo asistencial se ha extrapolado con éxito a otras áreas como cirugía cardíaca, cirugía torácica, trasplantes o anestesia infantil del Hospital Universitari i Politècnic la Fe.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30426190/> 2. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto de 2021 (<https://grupogerm.es/rica/>)
- <https://infeccionquirurgicazero.es/images/stories/recursos/protocolo/2017/3-1-17-documento-Protocolo-IQZ.pdf>
- Perioperative Medicine Programme: The Pathway to better surgical care: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2019-08/Perioperative%20Medicine%20-%20The%20Pathway%20to%20Better%20Care.pdf>

PROYECTO 48

IMPLANTACIÓN DE UN PAQUETE DE MEDIDAS PREVENTIVAS (CARE BUNDLE) Y SU EFECTO EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: María del Pilar Cárdenas Soriano, Ricardo Espinosa Pascual, Víctor Santiago Hernández Múgica, Alexandra Martín Sánchez, Ainhoa Alcaide Jiménez, María Margarita Díaz Martín, Esperanza Morales García, Gil Rodríguez Caravaca.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Medicina Preventiva y Salud Pública

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas infecciones contraídas como consecuencia de la asistencia o atención recibida en un centro asistencial (1). Debido a la frecuencia de las IRAS en el medio sanitario en general y el hospitalario en particular, constituyen un importante problema de salud pública. Además, conllevan un aumento de la morbilidad, de las estancias y reingresos hospitalarios, de la probabilidad de recibir cuidados en unidades de intensivos, y de los costes de la asistencia sanitaria (2, 3, 4).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Según el ECDC, aproximadamente 4,5 millones de pacientes adquieren una IRAS al año en la Unión Europea. Según datos del "CDC Point prevalence survey 2011-2012" el número de muertes atribuibles estimado a los seis tipos principales de IRAS (neumonía, infección del tracto urinario, infección del sitio quirúrgico, infección por *Clostridioides difficile*, sepsis neonatal e infección del torrente sanguíneo) era 91.000 por año (5).

El Consejo Europeo, en su Recomendación del Consejo del 9/06/2009 en seguridad del paciente, incluye la prevención y el control de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (2009/C151/01) como asunto prioritario e insta a los países a adoptar y mejorar estrategias de prevención y control de las IRAS entre las que destaca la investigación en nuevas intervenciones y tecnologías preventivas y terapéuticas de prevención y control de la IRAS. La infección de la herida quirúrgica (ISQ) es aquella IRAS definida como la infección relacionada con el procedimiento quirúrgico que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad, durante los primeros 30 o 90 días del postoperatorio quirúrgico, según haya implante o no (6). Las ISQ suponen un grave problema de seguridad del paciente.

Cada año, 4,7 millones de españoles (uno de cada diez) sufren una intervención quirúrgica (7, 8), lo que convierte a la cirugía en uno de los procesos invasivos asistenciales más frecuentes en nuestro medio. Se estiman los casos de fallecimiento hospitalario en 40 de cada 1.000 pacientes operados, representando en España un 38% de exceso mortalidad ajustada. El coste promedio directo de las ISQ (17.944 dólares) es de los más elevados entre todas las IRAS (9), debido a los reingresos, reintervenciones y costes asistenciales derivados, aunque algunos estudios (10) elevan en España los costes promedio totales (directos e indirectos) hasta los 97.433 dólares por ISQ. La implantación del paquete de medidas preventivas (care bundle) forma parte del "Protocolo de Vigilancia y Control de la Infección de Localización Quirúrgica" y el "Proyecto Infección Quirúrgica Zero" del Ministerio de Sanidad, y tiene como objetivo la disminución de la incidencia de infección del sitio quirúrgico. Ambos programas fueron adoptados en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón con el objetivo de disminuir las IRAS, especialmente la ISQ, que representa un problema de salud pública con importantes repercusiones en la morbilidad y calidad de vida de pacientes, y un aumento del gasto sanitario directo e indirecto.

PUESTA EN MARCHA

Un paquete de medidas preventivas es un conjunto de medidas y prácticas basadas en la evidencia que, cuando se aplican de manera agrupada, mejoran la atención sanitaria. En el año 2011 se implantó un paquete de medidas preventivas (care bundle) dentro del Plan de Mejora de la Calidad y Seguridad Clínica del Paciente. Uno de los puntos clave de esta estrategia es la prevención de las IRAS en el paciente intervenido quirúrgicamente. Entre las medidas incluidas se incluyen: reemplazo del uso de clorhexidina para la higiene de manos por soluciones

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



hidroalcohólicas, realización de rasurado prequirúrgico solo si fuera necesario utilizando maquinilla eléctrica en vez de cuchilla en los casos que requieran afeitado, reemplazo del uso de povidona yodada para la antisepsia del campo quirúrgico por clorhexidina alcohólica al 2%, vigilancia, actualización y evaluación de la profilaxis antibiótica quirúrgica y entrenamiento del personal en las medidas que forman parte del paquete. Entre estas medidas que forman parte del paquete, se encuentran las recomendaciones: “No eliminar el vello de forma sistemática para reducir el riesgo de infección de sitio quirúrgico. Si fuera necesario, usar cortadoras de pelo adecuadas (maquinillas eléctricas, cortadoras de pelo, depilación química)”. También se encuentra la adecuación de la profilaxis antibiótica, incluida como “No continuar con antibióticos más de 24-48 horas en pacientes hospitalizados, a menos que haya evidencia clara de infección. Ambas son recomendaciones “No Hacer” de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) desde el año 2017 (11, 12, 13). Para evaluar el efecto de esta medida preventiva en la incidencia de ISQ en nuestro centro, se diseñaron estudios de intervención cuasi-experimental con análisis antes-después de la implantación del Plan de Mejora de la Calidad y Seguridad Clínica, en pacientes que se sometieron a cirugía de los servicios de otorrinolaringología, traumatología, cirugía general, ginecología, urología y cirugía vascular. El rasurado del campo quirúrgico y la adecuación de la profilaxis han sido variables evaluadas en algunas cirugías seleccionadas de los servicios previamente mencionados, como en apendicectomía (14), cirugía colorrectal (15) y de columna (16). Cuando se aplica con el resto de medidas, el care bundle previene la incidencia de infección quirúrgica en todas las cirugías donde se ha evaluado su eficacia.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Cumplimiento del care bundle: % de pacientes a los que no se ha prolongado la profilaxis antibiótica más de 24-48 horas, y % de pacientes a los que no se ha realizado afeitado, o de necesitarlo, se ha realizado con maquinilla eléctrica. Incidencia Acumulada de infección de la herida quirúrgica porcentual con IC al 95%.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La aplicación del conjunto de medidas que componen el care bundle ha demostrado disminuir la incidencia de infección de la herida quirúrgica. Para lograrlo, fue esencial la colaboración multidisciplinar entre profesionales de multitud de servicios diferentes, así como la coordinación entre ellos para aumentar la calidad de la atención y garantizar la seguridad del paciente. En el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene propone una serie de recomendaciones con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, ya sea por no haber demostrado o tener escasa eficacia, no ser coste-efectivas o no ser prioritarias. Entre esas recomendaciones se encuentran:

- NO eliminar el vello de forma sistemática para reducir el riesgo de infección de sitio quirúrgico. Y en caso de ser necesario, usar cortadoras de pelo adecuadas, maquinillas eléctricas, cortadoras de pelo, depilación química.
- No continuar con antibióticos más de 24-48 horas en pacientes hospitalizados, a menos que haya evidencia clara de infección.
- No utilice la descontaminación nasal con agentes antimicrobianos tópicos destinados a eliminar el *Staphylococcus aureus* rutinariamente para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico ante procedimientos ni cardíacos, ni ortopédicos.

Nosotros, tomamos estas recomendaciones y en el paquete de medidas se incluyeron: el rasurado solo cuando fuera necesario y utilizando maquinilla eléctrica para ello, y la profilaxis antibiótica que no se continuó más de 24 horas tras la operación. La descontaminación nasal de rutina para eliminar el *Staphylococcus aureus* por si pudieran estar colonizados previamente a la operación tampoco se realiza.

En nuestros estudios hemos llegado a la conclusión que ni la rasura ni la profilaxis antibiótica demostraron ser significativas individualmente, pero cuando se combinan junto con el resto de medidas del care bundle sí que encontramos esa significación, demostrando disminuir la incidencia de infección de la herida quirúrgica. Este resultado refuerza la idea de que la aplicación de paquetes de medidas preventivas es más eficaz que la implementación de medidas individuales. Además, uno de los mayores logros fue el aumento del cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica tras la implantación del plan, considerando una administración correcta si se cumplían todos los criterios (elección del antibiótico, dosis, tiempo de inicio, vía de administración y duración). Otro logro conseguido fue que la disminución del número de pacientes rasurados después de la implantación del paquete de medidas, lo que indica una mayor concienciación de la necesidad de eliminar el vello solo cuando sea esencial por parte de todo el personal implicado. Para lograr estos resultados, fue esencial la colaboración

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



multidisciplinar entre profesionales de multitud de servicios diferentes, así como la coordinación entre ellos para aumentar la calidad de la atención y garantizar la seguridad del paciente.

PROPUESTAS DE MEJORA

Entre el paquete de medidas destaca la necesidad de formación continua del personal sanitario. La actualización de conocimientos y el entrenamiento del equipo hospitalario deben seguir llevándose a cabo para ofrecer una cirugía segura a nuestros pacientes. También tener en cuenta que, aunque la adecuación de la de la profilaxis antibiótica fue muy elevada, aun así hay que continuar incidiendo en su correcta realización así como de la necesidad de eliminar el vello solo cuando sea esencial.

OBSERVACIONES

Los artículos mencionados han sido publicados en la Revista de Investigación Clínica, SPINE y la revista Cirugía y Cirujanos. Gracias a la labor de seguimiento y control tras la implantación del paquete de medidas, ha sido posible la realización de tesis doctorales, trabajos de fin de master de residentes y trabajos fin de grado de estudiantes universitarios, contribuyendo a la ampliación y difusión del conocimiento científico generado.

BIBLIOGRAFÍA

- Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008; 36: 309–332.
- Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, et al. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20: 725–730.
- Stewart S, Robertson C, Pan J, et al. Impact of healthcare-associated infection on length of stay. J Hosp Infect 2021; 114: 23–31.
- Alfonso JL, Pereperez SB, Canoves JM, et al. Are we really seeing the total costs of surgical site infections? A Spanish study. Wound Repair Regen 2007; 15: 474–481.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC, 2016.
- Incidence of surgical site infection in colon surgery and antibiotic prophylaxis adequacy: prospective cohort study. An Sist Sanit Navar 2017; 40: 371–377.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. 2014. Disponible en:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/l nfAnSNS.htm>
- Estudio RESA. Indicadores de salud de la sanidad privada. 2014. Disponible en: [http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/contenido/images/estudioresa2014_w eb\(1\).pdf](http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/contenido/images/estudioresa2014_w eb(1).pdf)
 - Yokoe DS, Mermel LA, Anderson DJ, Arias KM, Burstin H., Calfee DP et al. A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S12-S21.
 - Alfonso JL, Blasco S, Moreno J, Melgar M, Martínez I, Martín-Moreno JM. Are we really seeing the total costs of surgical site infections? Wound Rep Reg 2007;15: 474-81
 - del-Moral-Luque JA, Sánchez-Santana T, Gil-Yonte P, Fernández-Cebrián JM, Hijas-Gómez AI, Rodríguez-Caravaca G. Efecto de un Plan de Mejora de Calidad y Seguridad Clínica en la incidencia de infección de sitio quirúrgico en apendicectomía. Estudio cuasi-experimental. CIRU. 5 de septiembre de 2018;86(5):860.
 - Zarain-Obrador L, Alonso-García M, Gil-Yonte P, Hijas-Gómez AI, Rodríguez-Villar D, Martínez-Amores B, et al. Effect of a Surgical Care Bundle on the Incidence of Surgical Site Infection in Colorectal Surgery: A Quasi-Experimental Intervention. RIC. 26 de agosto de 2021;73(4):6386.
 - Vicente-Sánchez G, Alonso-García M, Hijas-Gómez AI, González-Díaz R, Martínez-Martín J, Fahandezh-Saddi H, et al. Effect of the Implementation of a Surgical Care Bundle in the Incidence of Surgical Site Infection in Spine Surgery: A Quasi-Experimental Study. Spine. 15 de abril de 2022;47(8):615-23.
 - Lefebvre A, Saliou P, Lucet JC, Mimoz O, Keita-Perse O, Grandbastien B et al. Preoperative hair removal and surgical site infections: network meta-analysis of randomized controlled trials. J Hosp Infect 2015;91:100-8. 15. Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art Nº CD004122.doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub4.
 - National Institute for Health and Care Excellence. NICE Clinical Guideline (CG74). Prevention and treatment of surgical infection (2008). Last Update Feb 2017.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 49

ELIMINANDO BARRERAS: UN MODELO DE ADMISIÓN DIRECTA DESDE EL ÁREA QUIRÚRGICA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Andalucía. Sevilla

Autor/es: Ángel Chimenea, José Manuel Mayorga, Jacqueline Mayoral, Pilar García, Ana Díez, Alfonso Murcia, Rocío Pérez, Ignacio Jiménez, Manuel Molina

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Gestión Sanitaria

Público al que se dirige: Directivos de la salud

Tiempo de desarrollo: Un mes

Objetivo y necesidad que cubre:

Objetivo: El objetivo principal ha consistido en diseñar, implementar y evaluar un circuito quirúrgico de admisión, permitiendo minimizar la estancia prequirúrgica innecesaria de los pacientes. Buscamos optimizar la eficiencia del sistema hospitalario al reducir los movimientos del paciente entre áreas, acelerar el acceso a la cirugía y utilizar de manera más efectiva los recursos en planta, todo ello sin comprometer la calidad de la atención médica. Necesidad que Cubre: Nuestra iniciativa aborda una necesidad crítica en el ámbito de la atención médica. Tradicionalmente, los pacientes quirúrgicos experimentan estancias prolongadas en áreas de preingreso, lo que genera una carga innecesaria tanto para los pacientes como para el sistema hospitalario en su conjunto.

- La implementación de un circuito quirúrgico de admisión aborda las siguientes necesidades: Eliminación de Estancias Innecesarias: Reducir la estancia prequirúrgica no solo beneficia a los pacientes, al disminuir la ansiedad y el estrés asociados con la espera, sino que también libera camas hospitalarias para pacientes que requieren atención inmediata.
- Optimización de Recursos en Planta: Al evitar la estancia prequirúrgica, se optimizan los recursos hospitalarios al permitir un uso más eficiente de las instalaciones, el personal y los servicios de apoyo.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Reducción de Movimientos del Paciente: Evitar que los pacientes se trasladen repetidamente entre diferentes áreas del hospital disminuye el riesgo de complicaciones, mejora la seguridad del paciente y reduce la carga física y emocional.
- Inicio precoz de las Intervenciones: Al acelerar el acceso a la cirugía, se pueden adelantar el inicio de la actividad quirúrgica, lo que puede tener un impacto positivo en los resultados clínicos y la recuperación del paciente, así como en términos de optimización de la actividad quirúrgica. En resumen, nuestro enfoque de implementar un circuito quirúrgico de admisión aborda una necesidad crítica en el sistema de atención médica al mejorar la eficiencia, la calidad de la atención y la experiencia del paciente, al tiempo que optimiza los recursos hospitalarios.

PUESTA EN MARCHA

Con motivo del inicio de actividad quirúrgica en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía con ingreso en el Hospital Doctor Muñoz Cariñanos (HMC), desde el Hospital Universitario Virgen del Rocío hemos desarrollado un protocolo con el objetivo para regir el circuito y dirigir el flujo de pacientes en el ingreso previo a una intervención quirúrgica reglada. El inicio de la actividad quirúrgica en el HMC supone una oportunidad para instaurar un nuevo circuito de admisión, sin necesidad de paso del paciente a planta al ingreso. Los pacientes serán recibidos tras la admisión, desde donde pasarán directamente al Área Quirúrgica. Es aquí donde se realizará la valoración de enfermería, y se proporcionarán los cuidados preoperatorios que tradicionalmente se realizan en planta de hospitalización. Mediante este nuevo esquema de admisión y atención se pretende agilizar el flujo de pacientes, evitando traslados innecesarios, y mejorando por ende la eficiencia del bloque quirúrgico. Este modelo, que pretende ser el estándar en el centro, debe adaptarse a las necesidades de cada paciente y cada intervención. Por ello, en caso de ser necesario, por indicación facultativa el paciente podrá realizar ingreso en planta de hospitalización, o ingresar el día previo a la intervención (si requiriese algún tipo de preparación prequirúrgica, por circunstancias sociales, o por motivos geográficos que lo justifiquen).

Este protocolo ha sido desarrollado en un documento que cubre los siguientes escenarios:

- A. Circuito de ingreso en el área quirúrgica.
- B. Circuito de ingreso en planta de hospitalización.

Se abordan los siguientes aspectos: 1. Elección del circuito de ingreso, e información al personal de admisión

- 1.1. Ingreso en el Área Quirúrgica.
- 1.2. Ingreso en planta de hospitalización).
- 2. Intervenciones con necesidad de tipaje y reserva de sangre previos a la intervención
- 3. Celadores que intervienen en cada escenario del circuito quirúrgico

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



4. Admisión del paciente
5. Paso a triaje
6. Protocolo de acogida
7. Paso a vestuarios y vestimenta
8. Traslado del paciente a antequirófano / sala de espera
9. Actividad en antequirófano
10. Traslado del paciente a quirófano
11. Información a acompañantes
12. Traslado del paciente a URPA / antequirófano
13. Alta e información (CMA)
14. Ingreso en planta (hospitalización)

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Estancia media prequirúrgica

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lecciones Aprendidas:

- Coordinación Interdisciplinaria: Aprendimos la importancia de la colaboración entre diversos equipos médicos, de gestión y administrativos para implementar con éxito el circuito quirúrgico de admisión. La comunicación fluida y la coordinación entre departamentos son esenciales.
- Educación y Capacitación: Descubrimos que la capacitación adecuada del personal es fundamental. Se requiere un programa de formación sólido para asegurarse de que todos comprendan y sigan los nuevos procedimientos.
- Evaluación Continua: Aprendimos que la evaluación constante de los resultados es esencial. Mantener un sistema de seguimiento y retroalimentación nos permitió ajustar y mejorar el circuito con el tiempo.

Cambios/Mejoras Importantes Realizadas:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Revisión de Procedimientos: Modificamos y optimizamos los procedimientos de admisión y traslado de pacientes para garantizar un flujo más eficiente y seguro.

Logros:

- Reducción Significativa de la Estancia Prequirúrgica: Logramos una disminución sustancial en el tiempo que los pacientes pasan en áreas de preingreso, mejorando su experiencia global. - Mayor Utilización de Recursos: Optimizamos la utilización de camas y recursos en planta, lo que permitió aumentar la capacidad de atención a otros pacientes.
- Mejora en la Eficiencia de las Cirugías: Las cirugías comenzaron de manera más puntual, lo que redujo los retrasos y permitió un uso más eficiente del tiempo quirúrgico.

Conclusiones:

- El circuito quirúrgico de admisión ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la eficiencia hospitalaria y la experiencia del paciente al eliminar la estancia prequirúrgica innecesaria.
- La colaboración interdisciplinaria y la capacitación son esenciales para el éxito de este enfoque, y la educación del paciente desempeña un papel crucial en su aceptación y comprensión.
- La evaluación continua y la adaptación de los procedimientos son fundamentales para mantener y mejorar los beneficios obtenidos con el circuito quirúrgico de admisión.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Extender este procedimiento a otros edificios del Área Hospitalaria Virgen del Rocío.

OBSERVACIONES

Aunque la lista de autores es limitada, queremos agradecer el trabajo de todos los profesionales implicados.

BIBLIOGRAFÍA

- Safavi KC, Gaitanidis A, Breen K, Seelen M, Raja A, Velmahos GC, Dunn PF. Direct admission to improve timely access to care for patients requiring transfer to a level 1 trauma center. Trauma Surg Acute Care Open. 2020 Dec 30;5(1):e000607. doi: 10.1136/tsaco-2020-000607. PMID: 33437873; PMCID: PMC7780511.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 50

IMPLANTACIÓN DE TESTS VISCOELÁSTICOS EN CIRUGÍA CARDIACA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario Miguel Servet

Aragón. Zaragoza

Autor/es: Jorge Vallés Torres, Lucía Gallego Ligorit, Victoria Paz González Rodríguez, Blanca Izquierdo Villarroja, Belén Hernando Vela, Miriam Herrero Traver, María Puértolas Ortega, Alberto Sanjuán Villarreal.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: Una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca es la hemorragia. Esta suele ser debida a alteraciones de la hemostasia que pueden producirse por diferentes mecanismos (uso de derivación cardiopulmonar, heparinización durante la intervención quirúrgica, tratamiento preoperatorio con antiagregantes y/o anticoagulantes, hipotermia) y que pueden dar lugar a una coagulopatía de origen multifactorial (fibrinólisis, déficit de factores de la coagulación, disfunción plaquetaria). Para tratar estas alteraciones se disponen de diferentes líneas terapéuticas (plasma fresco congelados, transfusión de plaquetas, concentrados de factores de la coagulación, protamina) que de forma tradicional se han administrado empíricamente según características clínicas del paciente y la experiencia del anestesiólogo. El objetivo del proyecto es evitar la administración innecesaria de hemoderivados y fármacos hemostáticos en el tratamiento de la coagulopatía en cirugía cardiaca. Mediante el uso de los tests viscoelásticos se puede realizar un tratamiento específico y dirigido a corregir las diferentes alteraciones de la hemostasia que se presentan en cada paciente.

PUESTA EN MARCHA

Para evaluar la implantación de los tests viscoelásticos en cirugía cardiaca en nuestro centro se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el que se analizaron los datos de pacientes intervenidos de cirugía cardiaca antes y después de la implantación de la técnica. Se comparó el consumo de hemoderivados y fármacos hemostáticos. Además, se valoró la necesidad de

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



reintervención por sangrado y la aparición de otras complicaciones perioperatorias. Por último, se realizó un análisis económico sobre la introducción de la técnica.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. La implantación de tests viscoelásticos en cirugía cardíaca ha permitido disminuir el número de pacientes que reciben concentrados de hematíes (19% vs 29,2%; $p = 0,001$), plasma fresco congelado (1,6% vs 7,5%

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Los tests viscoelásticos permiten realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la hemostasia en cirugía cardíaca y reducir la administración de hemoderivados y fármacos hemostáticos además de reducir los costes.

PROPUESTAS DE MEJORA

El uso de tests viscoelásticos debería generalizarse y utilizarse en aquellas situaciones donde es necesario realizar un tratamiento dirigido con hemoderivados y fármacos hemostáticos y de esta forma evitar la administración empírica de estos productos.

OBSERVACIONES

Son necesarios más estudios que aporten mayor evidencia sobre el uso de test viscoelásticos la disminución de la morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Shander A, Moskowitz D, Rijhwani T: The safety and efficacy of bloodless cardiac surgery. Semin Cardiothorac Vasc Anesth:53–63, 2005
- Anderson L, Quasim I, Soutar R, et al: An audit of red cell and blood product use after the institution of thromboelastometry in a cardiac intensive care unit. Transfus. Med.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 31–9, 2006. 3. Woodman R, Harker L: Bleeding complications associated with cardiopulmonary bypass. *Blood*:1680–97, 1990.
- Royston D, Kovesi T, Marczin N: The unwanted response to cardiac surgery: time for a reappraisal? *J Thorac Cardiovasc Surg*:32–5, 2003.
 - Despostis G, Eby C, Lublin D: A review of transfusión risks and optimal management for perioperative bleeding with cardiac surgery. *Transfusion*:S2-30, 2008.
 - Paone G, Spencer T, Silverman N: Blood conservation in coronary artery surgery. *Surgery*:672–7, 1994.
 - Avidan M, Alcock E, Fonseca J da, et al: Comparison of structured use of routine laboratory tests or near-patient assessment with clinical judgement in the management of bleeding after cardiac surgery. *Br J Anaesth*:178–86, 2004.
 - Brevig J, McDonald J, Zelinka E, et al: Blood transfusion reduction in cardiac surgery: multidisciplinary approach at a community hospital. . 2009;87:532---
 - Ann Thorac Surg:532–9, 2009. 9. Li C, Zhao Q, Yang K, et al: Thromboelastography or rotational thromboelastometry for bleeding management in adults undergoing cardiac surgery: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *J. Thorac. Dis.* 11:1170–81, 2019.
 - Deppe AC, Weber C, Zimmermann J, et al: Point-of-care thromboelastography/thromboelastometry-based coagulation management in cardiac surgery: A meta-analysis of 8332 patients. *J. Surg. Res. Elsevier Inc*, 203:424–33, 2016.
 - Whiting P, Al M, Westwood M, et al: Viscoelastic point-of-care testing to assist with the diagnosis, management and monitoring of haemostasis: A systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol. Assess. (Rockv)*. 19:1–228, 2015.
 - Ferraris V, Ferraris S, Saha S, et al: Society of Thoracic Surgeons Blood Conservation Guideline Task Force, Society of Cardiovascular Anesthesiologists Special Task Force on Blood Transfusion. Perioperative Blood Transfusion and Blood Conservation in Cardiac Surgery: The Society of Thoracic S. *Ann Thorac Surg*:S27-86, 2007.
 - Thomas D, Wee M, Clyburn P, et al: Blood transfusion and the anaesthetist: management of massive haemorrhage. *Guidelines of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia*:1153–61, 2010.
 - Luddington R: Thrombelastography/thromboelastometry. *Clin. Lab Haematol*:81–90, 2005. 15. Görlinger K, Pérez-Ferrer A, Dirkmann D, et al: The role of evidence-based algorithms for rotational thromboelastometry-guided bleeding management. *Korean J. Anesthesiol.* 72:297–322, 2019.
 - 16. Shore-Lesserson L, Manspeizer H, DePerio M, et al: Thromboelastography-guided transfusion algorithm reduce transfusions in complex cardiac surgery. *Anesth Analg*:312–9, 1999.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 17. Biancari F, Kinnunen EM, Kiviniemi T, et al: Meta-analysis of the Sources of Bleeding after Adult Cardiac Surgery. J. Cardiothorac. Vasc. Anesth. Elsevier Inc., 32:1618–24, 2018.
- 18. Dias JD, Sauaia A, Achneck HE, et al: Thromboelastography-guided therapy improves patient blood management and certain clinical outcomes in elective cardiac and liver surgery and emergency resuscitation: A systematic review and analysis. J. Thromb. Haemost. 17:984–94, 2019.
- 19. Horvath KA, Acker MA, Chang H, et al: Blood Transfusion and Infection After Cardiac Surgery. Ann. Thorac. Surg. Elsevier, 95:2194– 201, 2013.
- 20. Su C, Zhang Z, Zhao X, et al: Changes in prevalence of nosocomial infection pre- and post-COVID-19 pandemic from a tertiary Hospital in China. BMC Infectious Diseases, :1–7, 2021.
- 21. Spalding G, Hartrumpf M, Sierig T, et al: Cost reduction of perioperative coagulation management in cardiac surgery: value of ‘bedside’ thrombelastography (ROTEM). Eur J Cardiothorac Surg:1052–7, 2007.
- 22. Haensig M, Kempfert J, Kempfert PM, et al: Thrombelastometry guided blood-component therapy after cardiac surgery: A randomized study. BMC Anesthesiol. BMC Anesthesiology, 19:1–10, 2019.

PROYECTO 51

EVITAR SONDAJE URINARIO DURANTE LA CIRUGÍA POR APENDICITIS AGUDA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Rebeca Abad Moret, Ana Belén Suárez Enríquez, Constantino Fondevila, M. Carmen Hernández Gancedo

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo es reducir el número de sondajes urinarios en el momento de realizar la cirugía por apendicitis aguda con el fin de disminuir las complicaciones asociadas al mismo: infecciones urinarias, traumas uretrales, espasmos vesicales, dificultad a la hora de comenzar o finalizar la micción o estenosis ureteral.

PUESTA EN MARCHA

Se elabora una propuesta para evitar el sondaje vesical durante la cirugía de apendicitis aguda laparoscópica. Para ello, se llevará a cabo el vaciado vesical en los 30 minutos previos a la intervención de forma voluntaria por parte del paciente. Los criterios de inclusión para evitar el sondaje urinario son:

- Cirugía menor de 3 ó 4 horas (en general en todos los casos de apendicectomía).
- Riesgo de pérdida hemática menor de 500 ml (en general en todos los casos de apendicectomía).
- No antecedentes de Insuficiencia renal.
- No antecedentes de HBP (hipertrofia benigna de próstata). Impacto en la salud: Mejora la calidad de vida de los pacientes, mejora de la seguridad clínica. Disminuye las complicaciones tales como infecciones urinarias, traumas uretrales, espasmos vesicales, dificultad a la hora de comenzar o finalizar la micción o estenosis ureteral. Un 5% de pacientes en los que se ha llevado a cabo sondaje vesical presentarán infección del tracto urinario, mientras que hasta un 50% de los casos sufrirán complicaciones no infecciosas que serán limitantes para el paciente y podrán alargar la estancia hospitalaria, lo que conlleva mayores costes. Es por ello que se debería disminuir el uso de sondaje vesical en aquellos casos que no se precise. De todos modos, tenemos que tener en cuenta que, existe un riesgo de perforación vesical debida a la colocación de un trocar suprapúbico del 0,36-0,5 % que, en caso de presentarse, podría aumentar la morbilidad del paciente. En nuestra experiencia, de 133 apendicectomías laparoscópicas realizadas, no se ha registrado ningún evento de perforación vesical, por lo que podemos afirmar que el beneficio supera ampliamente el riesgo. Impacto socio-sanitario: Atención integral, continuidad asistencial. Reduce el coste de una práctica que no aporta beneficio al paciente al mismo tiempo que acorta el tiempo que tarda en iniciarse la intervención quirúrgica. Impacto organizativo: Coordinación, procesos, sistemas. Se ha desarrollado un protocolo de no sondaje en apendicitis aguda en el cual se coordinan cirujanos, enfermeras y anestelistas para verificar que el paciente cumple criterios para evitar el sondaje. Impacto económico: Eficiencia, beneficios potenciales. Por un lado, se reduce el coste del material necesario para realizar el sondaje. Además, también se evitan los gastos asociados a tratar las complicaciones que pudieran derivarse de dicha práctica. Impacto en los trabajadores: Cobertura de necesidades

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



asistenciales, formativas, de seguridad, etc. Permite que el equipo de enfermería de quirófano se centre en otras tareas previas a la intervención, así como el personal de la planta reduciendo la instrumentalización. Además, favorece un clima de coordinación entre todos los trabajadores para evitar el sondaje con el fin de beneficiar al paciente y hacer un uso racional de los recursos. Experiencia del usuario: Necesidades y deseos de pacientes/familia. Favorece la reanudación de la actividad normal después de la cirugía.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 1

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados:

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Sí. Se han evaluado los potenciales beneficios, así como complicaciones de no realizar sondaje.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Teniendo en cuenta los puntos críticos adjuntos, se puede llevar a cabo de una forma segura esta práctica, permitiendo menor tiempo prequirúrgico y disminución de las complicaciones asociadas al sondaje vesical (expuestas anteriormente).

1. Evaluación y registro de los pacientes que son subsidiarios de evitar el sondaje vesical y de los que lo precisan por alguna razón justificada.
2. Introducción cuidadosa de trócares, especialmente si se utiliza uno de localización suprapúbica.
3. Vigilancia estrecha en la aparición de posibles complicaciones relacionadas con la ausencia de sondaje vesical.
4. Medición del impacto en términos de ahorro y de calidad de vida de los pacientes. En los 133 pacientes incluidos por el momento no ha habido eventos adversos relacionados con la práctica, por lo que se divulgarán los resultados para estandarizar la práctica y esperamos hacerla extensible a otros procedimientos quirúrgicos.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

- Implantar esta propuesta como práctica habitual en nuestro centro, ya que se está desarrollando con resultados prometedores.
- Extender esta práctica a otro tipo de intervenciones quirúrgicas de corta duración y que no impliquen riesgo al trabajar en zona hipogástrica, como por ejemplo colecistitis aguda o similares.

BIBLIOGRAFÍA

- Nason GJ, Burke MJ, Aslam A, Kelly ME, Walsh LG, Flood HD, Giri SK. On-table urethral catheterisation during laparoscopic appendicectomy: Is it necessary?. Can Urol Assoc J. 2015;9(1-2):55-58. doi: 10.5489/cuaj.2341
- Lim CL, Neo SH, Lee LS, Sundaram P. Iatrogenic bladder injury from port insertion during laparoscopic appendicectomy. BMJ Case rep. 2021;14(1): e239361. doi: 10.1136/bcr-2020-239361.
- Chenoweth CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, Management, and Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Infect Dis Clin north Am. 2014; 28(1): 105-119. doi: 10.1016/j.idc.2013.09.002
- De Roo AC, Hendren S, Ameling JM, Meddings J. Using Appropriateness Criteria to Identify Opportunities to Improve Perioperative Urinary Catheter Use. Am J Surg. 2020; 220(3):706-713. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.01.008.

PROYECTO 52

MAPBM (HOSPITAL MATURITY ASSESSMENT IN PATIENT BLOOD MANAGEMENT)

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

40 hospitales en España

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Grupo de Trabajo MAPBM (63 profesionales sanitarios de 48 hospitales en España, coordinadora Elvira Bisbe - Anestesióloga Hospital del Mar)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

195

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Objetivo y necesidad que cubre:

OBJETIVO: Evaluar el grado de implementación de los programas de Patient Blood Management (PBM) en los hospitales en España **NECESIDAD QUE CUBRE:** Disminuir el exceso de intervenciones sanitarias inapropiadas, así como incorporar prácticas de alto valor son objetivos clave de toda organización sanitaria. Entre estas prácticas a revertir se encuentran (fuentes: Choosing wisel), Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas):

- No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados - Evitar la transfusión sanguínea cuando se dispone de tratamiento con antifibrinolíticos para minimizar el sangrado quirúrgico.
- No transfundir concentrados de hematíes en pacientes críticos hemodinámicamente estables no sangrantes, sin afectación cardiológica y/o del Sistema Nervioso Central con una concentración de hemoglobina superior a 7 g/dl.
- No transfundir un número mayor de concentrados de hematíes que los necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o para volver a un paciente a un rango seguro de hemoglobina (7 a 8 g/dl en pacientes no cardíacos estables).
- No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica.

Los Programas de Patient Blood Management (PBM) han demostrado ampliamente su capacidad para evitar estas prácticas inapropiadas a la vez que mejoran la seguridad y evolución clínica del paciente, así como el coste sanitario. La adopción de estrategias PBM figura en las guías de las Sociedades Científicas relacionadas y la implementación de dichos programas en organizaciones sanitarias es una recomendación de la OMS. Se desconoce, no obstante, el grado de implementación de los programas PBM en los hospitales y el estado de la práctica clínica en cuanto a adecuación a guías. El proyecto constituye una comunidad creciente de hospitales en España para la mejora continua de la seguridad clínica.

PUESTA EN MARCHA

El proyecto se ha desarrollado en 4 etapas:

1. Definición de indicadores de calidad de práctica clínica a partir de las recomendaciones en guías
2. Factibilidad de su obtención a partir de la información estructurada disponible en las fuentes de información hospitalarias
3. Piloto de medición y evaluación de indicadores con 8 hospitales
4. Desarrollo y evolución de una comunidad de hospitales creciente con una frecuencia de evaluación y benchmark anual (actualmente 48 hospitales de 12 CCAAs) Para mayor información puede consultarse la experiencia en la puesta en marcha de proyecto en: Bisbe et al. Blood

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Transfus. 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955422/>) El IMIM (instituto de investigación del hospital del mar) es la institución que actualmente alberga el proyecto.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 0

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Los procesos clínicos que se analizan son (en base a su prevalencia y sangrado potencial): artroplastia de rodilla y cadera, cirugía de cáncer colorectal, fractura de cadera, cirugía valvular cardíaca, histerectomía.

Los indicadores:

- Q11 - % pacientes con screening de Hb preoperatoria 21d antes de la cirugía.
- Q12 - % pacientes con screening del metabolismo del hierro antes de la cirugía.
- Q13 - % pacientes con tratamiento para la anemia preoperatoria.
- Q14 - % pacientes con transfusión preoperatoria.
- Q15- % pacientes intervenidos con anemia preoperatoria.
- Q16 - % pacientes con tratamiento para la anemia posoperatoria.
- Q17 - % pacientes con anestesia espinal (cirugía ortopédica).
- Q18 - % pacientes tratados con antifibrinolíticos intraoperatorio.
- Q19 - % pacientes transfundidos con Hb > 8 g/dl.
- Q110 - % actos transfusionales de una sola unidad.
- T1 - % pacientes transfundidos (tasa transfusión).
- T2 - número de bolsas transfundidas (índice de transfusión).
- O1 - % pacientes con complicaciones posoperatorias.
- O2 - Días de estancia Para mayor información sobre la definición de los indicadores puede consultarse en: Bisbe et al. Blood Transfus. 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32955422/>)

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Logros:

197

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Demostrado la factibilidad de proporcionar información para la gestión clínica en los hospitales a partir del aprovechamiento de las fuentes de información disponibles.
- Aporta valor a las organizaciones participantes: La comunidad de hospitales, creada en 2015, se mantiene e incrementa año a año (actualmente 48).
- Conseguido evidenciar el estado de la práctica clínica y estándares actuales, variabilidad entre hospitales e identificación de mejores prácticas y resultados (se adjunta un poster y una comunicación a congresos recientes de resultados sobre estándares y variabilidad de PBM en cirugía ortopédica).
- Proporcionar anualmente a cada uno de los centros participantes sus resultados de práctica clínica en el tiempo y en comparación con el estándar del resto de participantes

Retos:

- Recursos y capacidad para desarrollar investigación - Recursos para mantener el proyecto activo.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Promover la comunicación interna en los hospitales para que los resultados de práctica clínica del centro lleguen periódicamente a todos los profesionales sanitarios involucrados (bloque quirúrgico, hematología, enfermería, dir médica,.. entre otros), dinamizando así el cambio y mejora continua.

OBSERVACIONES

El proyecto no es específico de una CCAA o un hospital específico o especialidad, sino multidisciplinar y de ámbito nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas (CCSC) http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
- Choosing Wisely <http://www.choosingwisely.org/societies/society-for-the-advancement-of-blood-management/>
- Althoff FC, Neb H, Herrmann E, Trentino KM, Vernich L, Füllenbach C, et al. Multimodal Patient Blood Management Program Based on a Three-pillar Strategy: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg. 2019;269(5):794–804.
- Farmer SL, Trentino K, Hofmann A, Semmens JB, Mukhtar SA, Prosser G, et al. A Programmatic Approach to Patient Blood Management
- Reducing Transfusions and Improving Patient Outcomes. Open Anesthesiol J. 2015;9(08):9–16. - World Health Organization. WHA. 63.12 - Sixty-Third World Health Assembly [Internet]. 2010.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63/a63_r12-en.pdf - European Commission. Building national programmes of Patient Blood Management (PBM) in the EU - A guide for health authorities. [Internet]. 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/publications_en - Leal-Noval SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E, García-Erce JA, Llau J V., et al. 2013. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. Med Intensiva. 2013;37(4):259–83. - Bisbe E, García-Casanovas A, Illa C, Varela J, Basora M, Barquero M, Colomina MJ, González L, Hofmann A; MAPBM Working Group. Maturity Assessment model for Patient Blood Management to assist hospitals in improving patients' safety and outcomes. The MAPBM project. Blood Transfus. 2021 May;19(3):205-215.

PROYECTO 53

EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE URGENCIAS ABDOMINAL

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitari Parc Tauli

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Raquel Gracia Roman, Andrea Campos Serra, Anna Muñoz Campaña, Heura Llaquet Bayo, Ana Granados Maturano, Raquel Martínez Castela, Enrico Marrano, Tessa-Arlette Landa, Anna Nonell Amill

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La mayor esperanza de vida y la disminución de la natalidad ha hecho que actualmente más de la mitad de las cirugías urgentes gastrointestinales urgentes se realizan en pacientes mayores de 65 años. Se ha demostrado que la fragilidad es el principal determinante para las complicaciones postoperatorias, pero en el ámbito de urgencias todavía no existe una maceta diagnóstica suficiente extendido. El objetivo principal de nuestro estudio es encontrar el mejor score de fragilidad que se correlacione mejor con la morbi-mortalidad de nuestros pacientes, y además sea capaz de predecir la pérdida de autonomía. Planteamos un

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



estudio multicéntrico, observacional y descriptivo. Se evaluarán diferentes scores de fragilidad y posteriormente se analizará su correlación con la morbi-mortalidad de los pacientes intervenidos de cirugía de urgencias abdominal. Nuestra hipótesis es que, si encontramos un test que nos permita evaluar la fragilidad en nuestros pacientes y predecir complicaciones de manera prequirúrgica, este nos podrá ayudar a tomar decisiones de manera consensuada con familiares y pacientes, y así poder adecuar las medidas terapéuticas y ajustar las expectativas de familiares y pacientes. El objetivo principal de nuestro estudio es encontrar el mejor test para evaluar la fragilidad de los enfermos que serán sometidos a cirugía de urgencias abdominal (VE-13, TRST, FRAIL, IF-VIG, PRISMA) aquel que sea capaz de predecir con mayor precisión su morbilidad y mortalidad postoperatorias.

PUESTA EN MARCHA

Ya hemos recogido cerca de 50 pacientes frágiles intervenidos en los diferentes centros que participan en el estudio. Creemos que hasta ahora la fragilidad se ha infravalorado en los diferentes servicios de urgencias. Desde que hemos empezado el estudio, gracias a la realización de los diferentes scores tenemos la sensación de que estamos dando mayor información a pacientes y familiares. Estamos ayudando en la toma de decisiones y en el conocimiento que tienen paciente y familiar de todas las implicaciones y riesgos que implican una cirugía de urgencias abdominal en un paciente frágil. Gracias a la información que estamos recabando creemos que estamos ayudando a los pacientes a entender el proceso de su enfermedad, y si es necesario priorizar el confort del paciente y no plantearles la opción de tratamiento quirúrgico cuando creemos que no va a tener un correcto desenlace final.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
Si. Analizaremos la morbi-mortalidad de nuestros pacientes, así como la pérdida de autonomía (escala de Barthel) y la necesidad de recursos socio-sanitarios (residencia, centro de convalecencia...).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Los familiares y pacientes entienden y aceptan mejor el desarrollo de su enfermedad tras una evaluación completa y exhaustiva, y si se les hace partícipes de las decisiones a tomar y entienden el concepto e implicaciones de la fragilidad. Los pacientes frágiles que son intervenidos de urgencias se podrían beneficiar de un geriatra asociado a la plantilla de cirugía general, para una valoración más integrada.

PROPUESTAS DE MEJORA

Tras conocer cuál es el mejor score para analizar la fragilidad podríamos analizar la necesidad y los beneficios que aportaría tener un geriatra adjunto a la plantilla de cirugía general para un seguimiento conjunto de los pacientes.

OBSERVACIONES

Nos gustaría mucho optar a este premio porque nuestra unidad es una unidad joven (inicio en 2020) con muchas ganas de realizar estudios multicéntricos y de importancia a nivel de la cirugía de urgencias en Cataluña, pero disponemos de pocos recursos económicos. Para poder realizar un estudio de esta magnitud disponer de un becario para poder recoger y registrar los datos y un estadístico para poder analizarlas nos sería de gran ayuda. Además, con el dinero del premio nos podríamos permitir publicar el artículo en una revista de alto impacto y exponer los resultados en los congresos con más relevancia a nivel de cirugía de urgencias (Congreso catalán de cirugía, Congreso nacional de cirugía, European Congress of Emergency Surgery and Trauma).

BIBLIOGRAFÍA

- Kennedy CA, Shipway D, Barry K. Frailty and emergency abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. Surgeon. Elsevier Ltd; 2022.
- 2. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017 May 1;52(3):119–27.
- 3. Arteaga AS, Aguilar LT, González JT, Boza AS, Muñoz-Cruzado VD, Ciuró FP, et al. Impact of frailty in surgical emergencies. A comparison of four frailty scales. Eur J Trauma Emerg Surg. 2021 Oct 1;47(5):1613–9.
- 4. Kenig J, Zychiewicz B, Olszewska U, Barczynski M, Nowak W. Six screening instruments for frailty in older patients qualified for emergency abdominal surgery. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Nov 1;61(3):437–42.
- 5. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The vulnerable elders survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc. 2001;49(12):1691–9.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 6. Kenis C, Geeraerts A, Braes T, Milisen K, Flamaing J, Wildiers H. 19 The Flemish version of the Triage Risk Screening Tool (TRST): a multidimensional short screening tool for the assessment of elderly patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2006 Nov;60:S31.

PROYECTO 54

"EMISIONES ZERO. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.PROYECTO CAPTURA DE GASES ANESTÉSICOS Y RECICLADO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES."

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital U.Cruces

País Vasco. Vizcaya

Autor/es: Alberto Martínez Ruiz

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El cambio climático ha sido etiquetado como una gran amenaza para la sostenibilidad ambiental y la salud mundial, considerándose la crisis de salud más importante del siglo XXI. Los problemas derivados del cambio climático son inmensos, duraderos y difíciles de resolver, siendo uno de ellos la propagación de enfermedades infecciosas o la pérdida de la biodiversidad.¹ Por ello, nuestro objetivo como sociedad debe ser frenar las emisiones de CO₂ y con ello revertir la tendencia actual. La industria mundial de la atención médica por sí sola representa casi el 5% de los gases de efecto invernadero (GEI). El sistema nacional de salud del Reino Unido contribuyó con el 4,6% de GEI emitidos en su país en 2015, India y China suponen el 5,5% de sus emisiones totales y en EEUU, segundo mayor emisor a nivel mundial de GEI, el sector de atención médica es el responsable del 10% del total de sus emisiones.

Los gases anestésicos clorofluorcarbonos (CFC3) como el isoflurano, presentan efectos sobre la capa de ozono y el calentamiento; y los hidrofluorocarbonos (HFC), como el desflurano y el sevoflurano, presentan efecto sobre el calentamiento, pero al carecer de cloro o bromo no destruyen la capa de ozono. El protocolo de Montreal de 1987 fue un tratado internacional con el objetivo principal de proteger la capa de ozono y revertir el agujero de ozono sobre la Antártida. Si bien se anunció como un gran éxito multinacional, ya que consiguió la eliminación

202

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



gradual de los CFC3 y una recuperación lenta posterior de la capa de ozono, derivó en un mayor uso de HFC, que también son GEI muy potentes. Posteriormente, la enmienda de Kigali de 2016 estableció como objetivo reducir gradualmente aquellos HFC con un alto potencial de contribuir al calentamiento global 4,5. No obstante, ninguno de estos protocolos restringió el uso de anestésicos volátiles debido a la necesidad médica, lo que ha determinado que los gases anestésicos sean los responsables de una liberación equivalente a 3 millones de toneladas de CO₂ con una emisión global de HFC que aumentó un 128% entre 1990 y 2005 que se prevé que aumente un 336% para 2030.

Durante la última década los HFC como el sevoflurano y desflurano se han convertido en los anestésicos inhalatorios de elección en la mayoría de los países debido a su seguridad y características farmacocinéticas. En la práctica clínica estos compuestos se evaporan en una corriente de gases médicos como oxígeno, aire o nitroso (N₂O).

Estas mezclas respiratorias se administran al paciente a través de un dispositivo de vía aérea (tubo endotraqueal o dispositivo supraglótico como mascarilla laríngea) utilizando una máquina anestésica, que es un sistema de respiración semicerrado con un desbordamiento y una corriente de retorno que incluye CO₂ de eliminación y gases anestésicos. Estos anestésicos volátiles se metabolizan poco en el organismo y se eliminan sin cambios mediante la exhalación un 95% de N₂O, desflurano, isoflurano y sevoflurano que se liberan directamente a la atmósfera con poco o ningún procesamiento adicional, para proteger al personal, lo que hace que actúen como GEI y podría explicar la aparición de niveles de estos gases que han migrado desde áreas urbanas hasta el hemisferio norte. Las contribuciones de los GEI y otros agentes al cambio climático se cuantifican utilizando el potencial de calentamiento global (GWP), que tiene en cuenta las propiedades atmosféricas de un agente en particular. Debido a que el calentamiento global se evalúa en términos de CO₂, el GWP compara la contribución de un GEI con la misma masa de CO₂ durante un período de tiempo determinado. Los tiempos de vida atmosféricos varían entre los anestésicos volátiles. De los HFC el sevoflurano tiene la vida útil más corta (1 a 5 años) y un GWP estimado más bajo en comparación con el desflurano (9 a 21 años). En general, las emisiones de GEI del ciclo de vida con desflurano son 15 veces mayores que las de sevoflurano.

En 2006 se promulgó la directiva europea de gases fluorados nº 842/2006 que tiene como objetivo reducir las emisiones actuales de gases fluorados, aunque estos no estén incluidos en el protocolo de Montreal y la enmienda posterior.¹⁰ Por todo lo anteriormente expuesto, se establece como objetivo principal la implementación del programa Emisiones Zero en el Hospital Universitario de Cruces con la finalidad de obtener cero emisiones de gases anestésicos desde los quirófanos, para cumplir con los objetivos marcados por el Pacto Verde de la UE a 2030 y ser climáticamente neutros en 2050, manteniendo la satisfacción y resultados clínicos actuales de los pacientes quirúrgicos con una anestesia sostenible. El uso de anestésicos volátiles ha

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



aumentado constantemente durante las últimas décadas y se espera que esto continúe en los próximos años, especialmente en el mundo en desarrollo porque el acceso a la atención médica está aumentando. La práctica de esta anestesia moderna juega un papel importante en la producción de gases de efecto invernadero y otros contaminantes ambientales que afectan negativamente a la salud mundial. Por tanto, consideramos necesario sensibilizar sobre el impacto de la práctica de la anestesia en la contaminación global y los pasos para reducirla. Los anestesiólogos debemos comprender que minimizar nuestro impacto nocivo en la sostenibilidad de la salud ambiental no es solo deseable, sino éticamente necesario.

La implementación de un programa de emisiones Zero es capaz de conseguir el objetivo de reducir las emisiones a cero dentro de un entorno de práctica clínica segura y sostenible. La medición de las emisiones como parte inicial de este programa nos permite limitar o retirar el uso de agentes como el N2O que determinan altos niveles de CO2. Es importante disponer de sistemas como el Contrafluran® en las áreas quirúrgicas con capacidad para adsorber los gases halogenados expulsados por el paciente y reciclarlos, evitando así su emisión a la atmósfera, limitando su repercusión medioambiental y reduciendo los costos sanitarios. De esta manera los anestesiólogos podemos desarrollar una gestión de gases anestésicos eficiente. Para alcanzar los objetivos de ser climáticamente neutros los sistemas de salud deberán medir sus emisiones de gases anestésicos inhalados, establecer objetivos y plazos de reducción y realizar un seguimiento. Con los sistemas electrónicos de nuestros respiradores es posible medir las tasas de flujo de gas promedio por hora de anestésico inhalado, así como la intensidad de las emisiones, por lo que resultará sencillo implementar programas de emisiones zero como el desarrollado en este estudio. Además, los hospitales pueden utilizar registros para estimar sus emisiones, que se deben ajustar a la actividad clínica para permitir comparaciones entre organizaciones en cuanto a estándares de buenas prácticas. El proyecto de implementación del programa Emisiones Zero se estableció entre abril y octubre de 2023 con la incorporación de todos los bloques quirúrgicos.

Se realizó una valoración económica previa El proyecto consiste en la determinación de niveles de gases anestésicos y CO2 en el aire ambiente de los quirófanos para observar las emisiones antes de la implementación del programa, con el objetivo de valorar si era necesaria la adecuación o suspensión de algún anestésico volátil. Posteriormente se instaló el sistema Contrafluran® (Baxter/Zeosys) en cada respirador de quirófano para disminuir la emisión de gases anestésicos y CO2 a cero que es el objetivo principal de nuestro programa. El sistema ContrafluranR (Baxter/Zeosys) consigue la adsorción completa de los gases anestésicos HFC y los separa del aire exhalado por el paciente. Es una tecnología muy selectiva y eficaz reteniendo los gases anestésicos. Cuenta con un cartucho que contiene filtros de carbón activo cuyos poros capturan el gas y un sensor mediante el cual se controla el nivel de llenado del cartucho. El cartucho contiene aproximadamente 240 ml de gas que corresponde a una botella, con una

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



temperatura de funcionamiento de 5-35°C. Una de sus principales ventajas es el ahorro de energía si se le compara con los sistemas actuales de extracción de gases del quirófano que deben permanecer conectados a la corriente de red eléctrica de forma continua. Se estudió la contribución de los gases anestésicos consumidos en los quirófanos del hospital Universitario de Cruces sobre la emisión de CO₂ a la atmósfera, teniendo en cuenta que la distribución del bloque quirúrgico es vertical con 11 áreas diferentes y 40 quirófanos en total. En nuestro hospital nos centramos en los principales gases de uso clínico que son sevoflurano, desflurano y nitroso.

PUESTA EN MARCHA

Hag La práctica de la anestesia juega un papel importante en la producción de GEI y otros contaminantes ambientales que afectan negativamente a la salud mundial. Los anestesiólogos deben comprender que minimizar nuestro impacto nocivo en la sostenibilidad de la salud ambiental no es solo deseable, sino éticamente necesario. Se ha demostrado que los programas para reducir los contaminantes derivados del uso de anestésicos son eficaces y también reducen los costos. Por este motivo nuestro objetivo la implementación en nuestro hospital de un programa de Emisiones Zero como parte de los protocolos Zero de seguridad del paciente. El sistema ContrafluranR (Baxter/Zeosys) consigue la adsorción completa de los gases anestésicos HFC y los separa del aire exhalado por el paciente. Es una tecnología muy selectiva y eficaz reteniendo los gases anestésicos. Cuenta con un cartucho que contiene filtros de carbón activo cuyos poros capturan el gas y un sensor mediante el cual se controla el nivel de llenado del cartucho. El cartucho contiene aproximadamente 240 ml de gas que corresponde a una botella, con una temperatura de funcionamiento de 5-35°C. Una de sus principales ventajas es el ahorro de energía si se le compara con los sistemas actuales de extracción de gases del quirófano que deben permanecer conectados a la corriente de red eléctrica de forma continua. Ser pioneros en España y posiblemente en Europa. Se ha realizado una prueba piloto Implantación en 4 quirófanos Urgencia, confirmando su viabilidad, con un mínimo gasto 500 euros anuales, se consigue un ahorro económico de energía y de contaminación, se favorece la economía circular reciclando y recuperando el gas anestésico para un nuevo uso. con eliminación de gases a la atmósfera. Implantación en 4 quirófanos Urgencia Se ha realizado una prueba piloto Implantación en 4 quirófanos Urgencia, confirmando su viabilidad, con un mínimo gasto 500 euros anuales, se consigue un ahorro económico de energía y de contaminación, se favorece la economía circular reciclando y recuperando el gas anestésico para un nuevo uso con eliminación de gases a la atmósfera. En estos momentos en 20 quirófanos.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. medición de emisiones de co2 a la atmosfera por gases anestésicos. Cero emisiones de CO2.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

1º Centro Hospitalario Europeo en proponerse Emisiones Zero de gases anestésicos a la atmósfera. La práctica de la anestesia juega un papel importante en la producción de GEI y otros contaminantes ambientales que afectan negativamente a la salud mundial. Los anestesiólogos deben comprender que minimizar nuestro impacto nocivo en la sostenibilidad de la salud ambiental no es solo deseable, sino éticamente necesario. Se ha demostrado que los programas para reducir los contaminantes derivados del uso de anestésicos son eficaces y también reducen los costos. Por este motivo nuestro objetivo la implementación en nuestro hospital de un programa de Emisiones Zero como parte de los protocolos Zero de seguridad del paciente.

PROPUESTAS DE MEJORA

Hag La práctica de la anestesia juega un papel importante en la producción de GEI y otros contaminantes ambientales que afectan negativamente a la salud mundial. Los anestesiólogos deben comprender que minimizar nuestro impacto nocivo en la sostenibilidad de la salud ambiental no es solo deseable, sino éticamente necesario. Se ha demostrado que los programas para reducir los contaminantes derivados del uso de anestésicos son eficaces y también reducen los costos. Por este motivo nuestro objetivo la implementación en nuestro hospital de un programa de Emisiones Zero como parte de los protocolos Zero de seguridad del paciente.

OBSERVACIONES

El sistema ContrafluranR (Baxter/Zeosys) consigue la adsorción completa de los gases anestésicos HFC y los separa del aire exhalado por el paciente. Es una tecnología muy selectiva y eficaz reteniendo los gases anestésicos. Cuenta con un cartucho que contiene filtros de carbón activo cuyos poros capturan el gas y un sensor mediante el cual se controla el nivel de llenado del cartucho. El cartucho contiene aproximadamente 240 ml de gas que corresponde a una

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



botella, con una temperatura de funcionamiento de 5-35°C. Una de sus principales ventajas es el ahorro de energía si se le compara con los sistemas actuales de extracción de gases del quirófano que deben permanecer conectados a la corriente de red eléctrica de forma continua.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sherman, J. D., R. B. Schonberger, and M. Eckelman (2014), Estimate of carbon dioxide equivalents of inhaled anesthetics in the United States, in Proceedings of the American Society of Anesthesiologists Annual Meeting, New Orleans, La., 11–15 Oct Google Scholar
- 2 Nisbet, E., and R. Weiss (2010), Top-down versus bottom-up, *Science*, 328, 1241–1243, doi:10.1126/science.1189936. CrossrefCASADSPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 3 Halpern, D. F. (1993), Recent developments in fluorine substituted volatile anesthetics, in *Organofluorine Compounds in Medicinal Chemistry and Biomedical Applications*, 48th ed., edited by R. Filler, Y. Kobayashi, and L. M. Yagupolskii, pp. 101–133, *Studies in Organic Chemistry*, Elsevier, Amsterdam, Netherlands. Google Scholar CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 4 Sherman, J., C. Le, V. Lamers, and M. Eckelman (2012), Life cycle greenhouse gas emissions of anesthetic drugs, *Anesth. Analg.*, 114(5), 1086–1090, doi:10.1213/ANE.0b013e31824f6940. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 5 BAFU, Bundesamt fuer Umwelt (2010), Luftschadstoff-Emissionen des Strassenverkehrs 1990–2035. Aktualisierung 2010, p. 130, Bundesamt für Umwelt, Bern. Google Scholar
- 6 sulbaek Andersen, M. P., S. P. Sander, O. J. Nielsen, D. S. Wagner, T. J. Sanford Jr., and T. J. Wallington (2010), Inhalation anaesthetics and climate change, *Br. J. Anaesth.*, 105(6), 760–766, doi:10.1093/bja/aeq259. CrossrefCASPubMedWeb of Science®Google Scholar
- 7 Rigby, M., et al. (2014), Recent and future trends in synthetic greenhouse gas radiative forcing, *Geophys. Res. Lett.*, 41, 2623–2630, doi:10.1002/2013GL059099. Wiley Online LibraryCASADSWeb of Science®Google Scholar
- 8 Velders, G. J. M., A. R. Ravishankara, M. K. Miller, M. J. Molina, J. Alcamo, J. S. Daniel, D. W. Fahey, S. A. Montzka, and S. Reimann (2012), Preserving Montreal Protocol climate benefits by limiting HFCs, *Science*, 335, 922–923, doi:10.1126/science.1216414. CrossrefCASADSPubMedWeb of Science®Google Scholar

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROYECTO 55

PROYECTO ALBA. NO UTILIZAR EL UTILLAJE DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN SIN LA FORMACIÓN SUFICIENTE PARA EVITAR PRODUCIR UN EVENTO ADVERSO SOBRE EL PACIENTE

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

Galicia. Ourense

Autor/es: REBECA M^a GÓMEZ ESPINOSA

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

Objetivo: Relacionar la formación y el acceso rápido al conocimiento con la reducción de eventos adversos sobre el paciente.

PUESTA EN MARCHA

Se desarrolla un programa de códigos QR adosados al utillaje para poder acceder a vídeos formativos, infografías, simulacros y elaboración de protocolos. Se sitúa toda la información en una aplicación telefónica para que todos los trabajadores puedan acceder a ella de la forma más rápida y sencilla. Creada una página del proyecto sobre el que se realiza distintas presentaciones y gamificación. El personal se involucra en la elaboración de las distintas fases del proyecto lo que conlleva el aprendizaje implícitamente. El personal tiene organizado el acceso al conocimiento de una forma rápida y organizada.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

208

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Cuestionarios con resultados estadísticos y formulación de hipótesis confirmadas.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La opinión del personal de enfermería sobre la importancia del conocimiento entorno al manejo del utillaje y la relación con el aumento de la seguridad del paciente aporta una necesidad de mantener y crear protocolos actualizados de acceso rápido. <https://proyectoalba.com>

PROPUESTAS DE MEJORA

Mentalizar a los Profesionales Sanitarios del deber de manejar utillaje hospitalario con la cualificación adecuada.

OBSERVACIONES

Desde la implantación del proyecto los trabajadores utilizan los recursos elaborados para recordar lo necesario previo al uso del utillaje. Se advierte preocupación por la formación y uso correcto de las herramientas de trabajo en todos los colectivos sanitarios de la Unidad de Reanimación del Complejo Hospitalario de Ourense.

PROYECTO 56

RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario Vall d'Hebron

Cataluña. Barcelona

Autor/es: José Manuel Domínguez, José Luis Sánchez, Susana Manrique, Rosa Martínez, Carolina Gómez, Elena Suarez, Emmanuel Gimenez, Daniel López, Dimelza Osorio, Soledad Romea.

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Todas las especialidades quirúrgicas, Enfermería, Anestesiología, Rehabilitación, Nutrición, Trabajo Social, Psicología y la Dirección del Hospital

Público al que se dirige: Pacientes

209

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

Objetivo: El programa RIC tiene como objetivo estandarizar el proceso perioperatorio de los pacientes programados para una cirugía y prepararlos para que estén en las mejores condiciones posibles. Esto con el fin de que su recuperación sea óptima, reducir la morbilidad asociada y las complicaciones en todo el perioperatorio para finalmente conseguir que la reincorporación a su vida diaria sea mejor y más rápida. Consiste en la aplicación de las recomendaciones actuales en cirugía, basadas en la evidencia de mayor calidad disponible, a través de acciones coordinadas por un equipo multi e interdisciplinar y con la participación activa del paciente. Abarca desde la programación del procedimiento hasta la reincorporación del paciente a la vida cotidiana, cubriendo el pre, el intra y el post operatorio. Está enmarcado dentro de las prácticas de “No Hacer” ya que

- Busca implementar un conjunto de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para reducir la variabilidad y eliminar prácticas innecesarias en el pre, intra y post operatorio de cirugía mayor
- Orienta la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados 3. Prioriza las circunstancias de cada paciente
- Le empodera para que participe activamente durante su preparación para una cirugía mayor y conseguir una óptima recuperación.

Las prácticas innecesarias que se buscan reducir o eliminar incluyen, por ejemplo, el ayuno prolongado en el preoperatorio, el uso rutinario de drenajes, sondas y mórficos, el inicio tardío de la dieta y el reposo absoluto en el postoperatorio, entre otras. Busca reducir la variabilidad a través de la implementación de guías clínicas basadas en la evidencia.

Aquellas prácticas encaminadas a obtener los mejores resultados en salud incluyen, por ejemplo, la optimización nutricional y de la anemia antes de la cirugía, la rehabilitación con terapia física y respiratoria en pacientes que recibirán cirugía mayor, la anestesia combinada, la prevención de náuseas y vómitos, la movilización e ingesta precoz y la participación activa del paciente.

La priorización de las circunstancias de cada paciente incluye la aplicación de escalas de comorbilidad, de PROMs y PREMs y de una serie de herramientas para la detección de desnutrición, anemia, afrontamiento del estrés, depresión, riesgo social, tabaquismo, entre otros.

El empoderamiento del paciente, su familia y su entorno incluyen guía y un diario del paciente autoadministrable que incluyen aspectos de nutrición, actividad física y deshabituación tabáquica.

Necesidad. El programa responde a la necesidad de actualizar el manejo del paciente quirúrgico, reducir la variabilidad en la práctica clínica y cambiar todas aquellas prácticas que han mostrado

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



ser innecesarias según evidencia científica reciente. Todo ello para mejorar y acelerar la recuperación del paciente, manteniendo su seguridad y optimizando los recursos de nuestro sistema de salud. El Programa RIC está basado en las más de 135 recomendaciones clínicas recogidas en las guías clínicas de la Vía RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto. Ver anexo Vía RICA), las guías ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) y otras recomendaciones de buena práctica en cirugía.

En el momento en que se indica la cirugía, los pacientes son derivados automáticamente a una visita con Enfermería de práctica avanzada y Anestesiología. Allí se aplican una serie de cribados para detectar factores de riesgo (anemia, desnutrición, tabaquismo, depresión, riesgo social, entre otros) y se derivan a la unidad encargada para controlarlos. Además, se ofrece educación sanitaria, una sesión grupal con el psicólogo para gestionar el afrontamiento al estrés de una cirugía mayor y con enfermería para informar sobre el proceso perioperatorio; se le entrega un diario que incluyen una pauta de ejercicios y actividad física básica, recomendaciones dietéticas, un recordatorio de actividades cognitivas y una autovaloración del estado anímico.

Este diario se revisa y comenta en la visita del preoperatorio. Para algunos procedimientos seleccionados de mayor complejidad y riesgo de complicación (actualmente 183), los pacientes son derivados a un circuito especial de prehabilitación donde reciben, además de las intervenciones descritas, la valoración y tratamiento por parte de Rehabilitación, Fisioterapia y Terapia ocupacional para mejorar en acondicionamiento físico y respiratorio, ajustando la pauta a las características y entorno específico de cada paciente. Se le da la opción al paciente de programar todas las visitas en el mismo día para evitarle múltiples desplazamientos al hospital. En el perioperatorio se ha reducido el tiempo de ayuno, el rasurado, el uso rutinario de drenajes y de mórfigos. Se ha optimizado la pauta analgésica y las medidas para mantener la normotermia.

Finalmente, en el postoperatorio se ha eliminado el reposo prolongado, promoviendo la movilización temprana, el inicio precoz de la ingesta y la valoración del riesgo de delirium.

PUESTA EN MARCHA

La implementación del Programa RIC en el Hospital Universitario Vall d'Hebron ha sido un proceso evolutivo que surgió a partir de un ensayo clínico que se llevó a cabo en pacientes candidatas a cirugía de cáncer de ovario en el que se evidenció que la aplicación de las recomendaciones de las guías de recuperación intensificada mostraba mejores resultados que las pacientes que seguían la práctica clínica habitual. A partir de allí, el programa RIC se convirtió en la práctica clínica habitual en toda la cirugía ginecológica. Ante estos hallazgos, la Dirección del Hospital respaldó la creación del Programa RIC y su extensión a otras cirugías. En el proceso, se consolidó un grupo de trabajo core, se fortaleció la estructura del equipo multi e interdisciplinar, a través de la vinculación de perfiles de dedicación exclusiva al programa

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



(enfermería) y de liberación de franjas horarias de otros perfiles (Psicología, Nutrición, Terapias y Trabajo social) y se destinó un espacio físico para el desarrollo del Programa RIC. Actualmente el RIC se aplica en la mayoría de especialidades quirúrgicas excepto en Pediatría, Traumatología, Cirugía Plástica, Maxilofacial y ORL que serán las siguientes fases del programa.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. Características demográficas, número de pacientes visitados en cada paso del circuito, estada media, estada mediana, reintervenciones, reingresos, mortalidad, complicaciones. Ver anexos RIC_Indicadores_2021_vs_2018 y Ric_Indicadores_jul2022
¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?
-Lecciones aprendidas.

- Es posible modificar la práctica clínica y abandonar prácticas rutinarias de poco valor sin impacto negativo en los resultados, si no lo contrario.
- Los pacientes quieren y pueden trabajar conjuntamente con los profesionales sanitarios para mejorar los resultados de su cirugía.
- La comunicación y el trabajo interdisciplinar mejora los resultados en salud y facilita i agiliza de los circuitos.

-Cambios/mejoras importantes realizadas.

1. Consolidación de un equipo de trabajo interdisciplinar.
2. Formación de más de 500 profesionales para la implementación de las recomendaciones del Programa (impacto en los trabajadores).
3. Destinación de un espacio físico definido para el desarrollo de las acciones del programa que permite el trabajo interdisciplinar.
4. Informatización de los circuitos gracias a un proceso en el sistema informático SAP que permite que permite estandarizarlo y monitorizarlo por medio de indicadores (impacto organizativo).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



5. Automatización de algunas acciones a través de preconfigurados; 6. Incorporación de Patient Reported Outcome Measure (PROM) y Patient Reported Experience Measure (PREM) a través de una plataforma multicanal.

-Logros.

Mejorar los resultados en salud de los pacientes y el uso de los recursos del sistema: en una comparativa 2018 vs 2021 en pacientes prehabilitados (adjunto) observamos una reducción en el porcentaje de complicaciones (seguridad clínica) que varía entre un 23% y un 75% según el procedimiento quirúrgico analizado, una reducción del porcentaje de reintervenciones entre un 12% y un 75%, una reducción de la estada media entre un 23% y un 47% (impacto económico) y una reducción en el número de muertes relacionadas con la cirugía (ver anexo Indicadores 2021-vs-2018). Un estudio en las pacientes con cáncer de ovario (ver referencia 3 en la bibliografía) con 99 pacientes (n = 50 del grupo ERAS, n = 49 del grupo convencional) mostró que los costes medios por paciente fueron de 10.719€ en el grupo ERAS y de 11.028€ en el grupo convencional, lo que supone un ahorro medio de 309€ por paciente. Los ahorros, que fueron significativos para los costos de la sala de hospitalización (-33 % total; 759 € por paciente en la primera hospitalización y 914 € por paciente/día de reingreso) se encontraron sólidos en el análisis de sensibilidad. Otro análisis de la reducción en los costes indirectos y no sanitarios (mejor calidad de vida: re-inserción laboral precoz y menor necesidad de cuidados informales, etc.) relacionados con la cirugía comparando las medidas generales del RIC vs RIC+Prehabilitación (media de 1025 euros vs 704 euros. Anexo Análisis_CINS).

Eliminación de prácticas obsoletas relacionadas con la cirugía.

Reducción de la variabilidad en la práctica clínica.

Impulso a la investigación en el ámbito quirúrgico.

Servir de modelo para otros centros del Institut Català de la Salut que ahora están implementando el RIC.

Ser reconocidos como centro de excelencia nacional en RIC y estar acreditados por la ERAS Society a nivel mundial.

PROPUESTAS DE MEJORA

Ampliación del Programa RIC al resto de procedimientos quirúrgicos (Pediatría, Traumatología, Cirugía Plástica, Maxilofacial y ORL) 2. Mejoras en los indicadores del Programa para obtener resultados ajustados al tipo de procedimiento y según las características de los pacientes.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación intensificada en Cirugía del Adulto (RICA). VÍA CLÍNICA RICA de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto. 2021. Disponible en <https://grupogerm.es/rica/>
- Guías clínicas de la ERAS society. Disponibles en <https://erassociety.org/guidelines/>
- Sánchez-Iglesias JL, Bebia V, Gimenez E, Aller MB, Bradbury M, Pérez-Benavente MA, Gil-Moreno A, Cossio-Gil Y. Cost analysis of the enhanced recovery after surgery protocol applied in advanced ovarian cancer: A secondary outcome of the PROFAST trial. Eur J Surg Oncol. 2022 Jul 19:S0748-7983(22)00555-8. doi: 10.1016/j.ejso.2022.07.013. Epub ahead of print. PMID: 35922279.
- Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Francés R et al. Association Between Use of Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Postoperative Complications in Colorectal Surgery. The Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER) Study. JAMA Surgery 2019; 154(8):725-736.

PROYECTO 57

SOLICITUD DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Moisès Broggi (Hospital Transversal)

Cataluña. Barcelona

Autor/es: Elisenda Pujol Rosa, Eva Bassas Parga, Josep Masdeu Castellví

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo de la experiencia era unificar criterios a la hora de solicitar exploraciones complementarias para la valoración preanestésica, y que estas exploraciones se solicitaran en función del tipo de cirugía y de las características del paciente, para no solicitar exploraciones innecesarias.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

Tras revisar la bibliografía publicada al respecto y recomendaciones de las distintas sociedades internacionales, se diseñó un algoritmo para unificar la solicitud de exploraciones complementarias. Se centralizó la solicitud de las exploraciones: los equipos quirúrgicos solicitan valoración preanestésica pero no solicitan las exploraciones complementarias, y es el equipo de administrativas quien programa las exploraciones complementarias indicadas según el algoritmo diseñado, que tiene en cuenta el tipo de intervención (CMA/Cirugía con ingreso/PBM/cirugía bariátrica/cirugía oncológica peritoneal) y la edad del paciente (más o menos de 65 años). Asimismo, si el paciente dispone de las exploraciones indicadas en el sistema informático del hospital y estas tienen menos de 6 meses de antigüedad, no se solicitan de nuevo (se dan por válidas las pruebas disponibles).

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
No. -

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?
La centralización de la petición de pruebas, y la revisión y unificación de criterios de solicitud de las mismas, ha hecho que se evite solicitar exploraciones innecesarias y que se evite la duplicación de pruebas, con el beneficio económico que ello implica y la comodidad (e incluso la no exposición a riesgos potenciales como pudieran ser las radiaciones ionizantes) para los pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA

Habría que revisar constantemente las indicaciones de exploraciones complementarias para ajustarnos lo más posible a las recomendaciones. Habría que encontrar la forma de poder incorporar las exploraciones realizadas en otros centros dentro de las exploraciones complementarias válidas que no sería necesario repetir.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Routine preoperative tests for elective surgery. NICE guideline. Published 5 April 2016. Nice.org.uk/guidance/ng45
- Guidelines to the practice of Anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia (Vol 66, number 1). Revision Edited 2019.
- Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery. Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2018; 35:407-465.
- Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2012; 116:522–38. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology 2002; 96:485–96.
- Routine Preoperative Tests – Are They Necessary. Institute of Health Economics, May 2007.
- The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. Hwan S. Joo MD FRCPC,* Jean Wong MD FRCPC,† Viren N. Naik MD MED FRCPC,* Georges L. Savoldelli MD*. CAN J ANESTH 2005 / 52: 6 / pp 568–574.
- Preoperative assessment. F J García-Miguel, P G Serrano-Aguilar, J López-Bastida. Lancet 2003; 362: 1749–57.
- Guidelines on Pre-Anaesthesia Consultation and Patient Preparation. (PS07 2017). Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA)

PROYECTO 58

HACER VISITAS PREOPERATORIAS AL HOSPITAL ANTES DE LA CIRUGÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Francisco Reinoso-Barbero, Pascual Sanabria, Susana Noval, Javier Cobas

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Anestesiología y Reanimación

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

216

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

Objetivo: Evitar que los pacientes pediátricos sanos, incluidos en la clasificación de riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) tipo I y II, que vayan a ser intervenidos en régimen de cirugía ambulatoria sean atendidos en repetidas consultas por distintos servicios (especialidad quirúrgica correspondiente, anestesiología, pruebas de laboratorio) antes de la intervención.

Necesidad: La visita al hospital en los niños, especialmente los menores de 5 años, les puede generar estrés y ansiedad. La implantación de una estrategia de “No hacer” reduciendo visitas hospitalarias, además de disminuir la exposición de los pacientes pediátricos al ambiente potencialmente “hostil” del hospital puede evitar otros inconvenientes para los familiares como los desplazamientos, las esperas o aglomeraciones.

PUESTA EN MARCHA

En 2019 antes de la pandemia, se intervinieron 5186 pacientes pediátricos en el hospital Infantil de La Paz de Madrid, de los cuales lo fueron en régimen CMA el 53,6% (2138 pacientes) y 1196 fueron intervenciones con carácter urgente. Se cancelaron una vez programados el 7,5% con un rendimiento quirúrgico del 77,9%. Para el estudio-valoración preoperatoria de los pacientes, exceptuando los 1196 casos de cirugía urgente, el resto de casos, tuvo que venir al menos, TRES VECES al Hospital antes del día de la intervención: primera consulta de la especialidad quirúrgica correspondiente, segunda visita para la extracción de analítica preoperatoria, una tercera consulta de anestesia para valorar y estratificar riesgos y complejidad médica, ver tratamientos concomitantes, valorar las pruebas complementarias, explorar al paciente (incluyendo la vía aérea) y explicar el procedimiento.

Se propuso la implantación de un programa “No hacer” de “reducción visitas preoperatorias” a partir del 1 de enero de 2022, para que fuese aplicada a todos los pacientes sanos programados para cirugía mayor ambulatoria pediátrica (CMA). A partir de dicha fecha, este tipo de paciente sólo acudió UNA VEZ al Hospital previamente a la intervención, para la consulta de cirugía donde se le identificó cómo de escasa complejidad y bajo riesgo, y se le incluyó en el “Programa CMA”, procurándole los consentimientos informados de cirugía y anestesia simultáneamente y entrando en “lista de espera” hasta que fueron llamados para su cirugía. Se les informó del procedimiento y técnica anestésica, invitándoles a que siguieran las instrucciones preoperatorias con código QR (1), que incluía el cumplimiento de un protocolo consensuado de ayuno preoperatorio. En estos pacientes no se extrajeron pruebas de laboratorio preoperatorias siguiendo recomendaciones de medicina basada en evidencia y de las sociedades científicas (2) (http://10.15.5.20:8162/organización/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm). El mismo día de la intervención, en el Hospital de Día y previamente a la intervención fueron valorados

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



preoperatoriamente por el anestesiólogo responsable de la cirugía de un modo intensivo: corroborando el ASA asignado, la escasa complejidad médica y bajo riesgo para aplicar el programa CMA, la ausencia de infecciones intercurrentes, el cumplimiento obligatorio del ayuno según protocolo antes de ser anestesiado.

Además, se verificó y adjuntaron las firmas de ambos (familiar y facultativo) en el consentimiento informado. Como estrategia de preparación psicológica se permitió el "Acompañamiento parental en quirófano durante la inducción anestésica" permitiendo a uno de los padres acompañar al niño dentro del quirófano, ejerciendo un papel activo tranquilizador, como estrategia de reducción de estrés y ansiedad, y participando en el listado de verificación quirúrgica en mesa de quirófano, sobre ítems clave como: paciente correcto, sitio quirúrgico correcto, peso correcto, ayuno correcto y presencia o no de alergias. Una vez dormido el niño, el acompañante era acompañado a la sala de espera por el celador. Una vez finalizada la intervención y tras ser informados por el cirujano, se les invitó nuevamente a acompañar al paciente en la unidad de recuperación postanestésica (URPA), de forma que cuando despertaron y fueron conscientes, la primera imagen observada fue la del acompañante parental.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

- Incidencia de complicaciones perioperatorias, relacionadas con el estado físico preoperatorio.
- Incidencia de suspensión de quirófano de causa anestésica, especialmente por ausencia de preparación preoperatoria.
- Índice de rendimiento de quirófano.
- Ahorro económico estimado institucional y familiar.
- Repercusión sobre la sostenibilidad del Hospital.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Desacuerdos o discrepancias entre facultativos por clasificación ASA errónea del estado físico o riesgo anestésico recogidos en el sistema de notificaciones internas de incidentes del Hospital (SINOIRES).
- Agitación postoperatoria relacionada con descenso de estrés y ansiedad preoperatoria.
- Satisfacción parental o experiencia del paciente.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Los pacientes pediátricos sanos, sin otra patología acompañante, clasificados desde la consulta de cirugía como estado físico ASA I-II, programados para cirugía mayor ambulatoria se benefician de la puesta en marcha de la estrategia "No hacer" reduciendo las visitas preoperatorias. Se benefician de la identificación del bajo riesgo anestésico siguiendo un protocolo específico consensuado entre los servicios quirúrgicos y el Servicio de Anestesiología. Esto permite que, en la primera visita de evaluación por el cirujano, se determine este riesgo, se les ofrezca los consentimientos informados de ambas especialidades y se les excluya del circuito de pruebas de laboratorio.

En el consentimiento informado de anestesia se incluye un código QR que le permite al familiar acceder a un video explicativo sobre la anestesia y se ofrece un teléfono de contacto por si se quiere plantear algún tipo de duda o prefiere pasar una consulta presencial antes del día de la cirugía. El anestesiólogo encargado de la anestesia el día de la intervención realiza una visita "in situ" en la que explora al paciente, confirma las ayunas preoperatorias y resuelve cualquier duda que haya podido quedar sin contestar previamente.

En los cuatro primeros meses de desarrollo de este programa hemos observado:

- Fueron incluidos en el protocolo de "no hacer" 812 pacientes programados para CMA de un total de los 1861 atendidos, lo que supone un 43% del total de pacientes atendidos.
- NO se observó aumento de la tasa de complicaciones perioperatorias, relacionadas con el estado físico preoperatorio.
- La tasa de suspensión quirúrgica pasó de un 7,5% a un 1,2%, (en la valoración de suspensiones se ha corregido el efecto PCR-Covid-SARS positivo, no considerando las suspensiones en estos 4 meses por prueba preoperatoria PCR+) que se achacó fundamentalmente a la disminución de infecciones respiratorias intercurrentes.
- El rendimiento quirúrgico se mantuvo en un 78%, sin que el nuevo protocolo obligase a disminuir el número de pacientes por sesión quirúrgica.
- En los cuatro primeros meses se evitó un gasto directo de 26.390 € para el Hospital (al no haber extraído analítica preoperatoria con un coste entre 30-35 € por paciente), lo que supondría un ahorro estimado anual de 79.170 €. Al ahorrarse dos visitas, se suprime un coste indirecto, el de tener que ausentarse del trabajo durante 3 horas para acompañar al menor al hospital. Dado que el coste salarial medio por hora en España es

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



de 15,17 euros (Fuente, INE), al ser dos visitas, supone un ahorro de 91,02 € por cada niño (45,51 euros por cada visita ahorrada), lo que supondría un ahorro anual a las familias de 295.632 €. 6.

Desde el punto de vista medioambiental, la disminución de visitas supone una menor huella de carbono, esto es, menos emisiones de gases de efecto invernadero, al no tener que utilizar transporte para acudir al centro sanitario. Por cada consulta evitada se ahorran 0,0094 toneladas de CO₂ (Tn CO₂) (Fuente, Huella de Carbono del Hospital U La Paz y encuesta de movilidad del Hospital U La Paz). Por lo que las dos visitas ahorradas suponen 0,0188 Tn CO₂ menos por paciente. El impacto de esta medida supondría una reducción anual de 61 Tn CO₂ cuando la Huella de Carbono Total del HU La Paz es de 31.267 Tn CO₂. 7. NO se produjeron desacuerdos o discrepancias entre los anestesiólogos del servicio de anestesia pediátrica con la práctica, por desacuerdo o atribuir a aumento de los riesgos para el paciente, de forma explícita o anónima a través del registro de incidentes que potencialmente acarrearán riesgos para el paciente (SINOIRES). 8. Hemos corroborado un descenso de agitación postoperatoria de hasta 10 veces, atribuible al descenso de estrés y ansiedad preoperatoria, al disminuir el número de visitas y pinchazos para analíticas innecesarias, en algunos casos se producían de modo múltiple por nula colaboración o dificultad para detectar una vena periférica adecuada para extracción, también es atribuible a la aplicación simultánea del "Programa de acompañamiento parental en el quirófano" (3).

El descenso de agitación postoperatoria ha sido un importante ventaja y hallazgo en nuestro estudio, ya que sin duda mejora la "Seguridad del Paciente" ya que los pacientes agitados tienen riesgo de "Arrancamiento" cables de monitorización, se levantan los apósitos de la herida quirúrgica, se arrancan los drenajes y tienen riesgo de caídas de la cama, además requieren sedación adicional, incrementando la necesidad de personal y demorando los tiempos perioperatorios. 9. Las encuestas de satisfacción parental muestran un altísimo índice similar a los controles históricos, o incluso superior, donde se valora muy positivamente las medidas instauradas, "No hacer con reducción de visitas, menos pinchazos molestos y estresantes" junto con el acompañamiento parental continuado. La inclusión de información relevante y adaptada a los padres para este tipo de procedimientos bajo anestesia (4) que incluye también la posibilidad de visualización e videos explicativos (<https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/comunicacion/videoteca/hospital-paz-cirugia-ambulatoria-infantil-cuales-son-pasos-previos-operacion>) han podido contribuir a dicho grado de satisfacción. Podríamos decir, que hay un incremento importante en el resultado "Experiencia del Paciente" y "Humanización de la medicina", ambos ítems se consideran en la actualidad nuevos paradigmas en la "Excelencia asistencial hospitalaria".

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PROPUESTAS DE MEJORA

En conclusión, el evitar pruebas de laboratorio innecesarias (evitando pinchazos dolorosos y estresantes para los niños) junto con trasladar la visita pre-anestésica al mismo día de la cirugía y contar con un protocolo de evaluación consensuado los servicios quirúrgicos permite mejorar la calidad percibida por los familiares (disminuir sus gastos de desplazamiento al hospital); aumenta la seguridad del paciente al disminuir la agitación postoperatoria de forma intensa, mantener o incrementar los indicadores de rendimiento y actividad quirúrgica, con incluso una reducción de suspensiones y, sin duda alguna, hemos determinado una sensible reducción de los costes económicos directos por paciente, que aún serían más importantes si añadimos la reducción de los costes indirectos (ausencia laboral, desplazamientos, contaminación...).

OBSERVACIONES

La estrategia de "No hacer en forma de reducción de visitas preoperatorias en pacientes quirúrgicos pediátricos" se ha consolidado en nuestro Hospital y genera importantes beneficios para los pacientes, sus familias, nuestra institución, la sociedad y el mismo planeta.

PROYECTO 59

STREAMLOCATOR

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

FIHULP (Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario la Paz)

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: M^a del Mira Ortiz ; Ana Martinez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Hospitalización a domicilio

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: En la práctica clínica la extracción de sangre es una de las prácticas de enfermería más rutinarias para un profesional de la salud. El manejo de agujas para la extracción de sangre, canalización de vías, introducción de catéteres, obtención de biopsias se incluyen en el día a día del personal de enfermería y suponen una de las actividades más comunes para estos profesionales sanitarios llegando a ocupar un gran porcentaje de su jornada. La literatura científica nos indica que los errores preanalíticos son los más comúnmente

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



notificados, acumulando un mayor porcentaje de errores en el laboratorio clínico incluyendo la recogida de muestras mediante flebotomía, también conocida como venopunción. Con estos retos, la integridad de las muestras biológicas, que deberían representar el estado biológico in vivo, se puede ver afectada, lo que ha dado lugar a un diagnóstico poco fiable.

A pesar de la importancia y de la frecuencia de este procedimiento invasivo crítico para la atención médica los clínicos e investigadores saben poco sobre las características de tener muchas o pocas venas, aparte de informes y experiencias anecdóticas. Sorprendentemente, actualmente no existe bibliografía sobre el número de venas visibles en los pacientes o las características de los pacientes con un acceso intravenoso difícil. Por todo esto, una mejora de esta técnica sería útil para minimizar el número de canalizaciones de catéteres, lo que traducido a la actividad clínica consiste en minimizar el número de vías a poner y el número de pinchazos a realizar para llevar a cabo la extracción de sangre incrementando así la detección más rápida y eficiente de enfermedades multifactoriales como algunas leucemias y cánceres, así como otras patologías de diferente etiología.

Estudios describen que la canalización de una VVP, la venopunción, el sondaje vesical y las suturas son de los procedimientos más temidos y estresantes para los niños (4-6). La mayoría de los niños y sus familias refieren que la canalización de la VVP es el procedimiento más doloroso y estresante de la hospitalización. Haciendo referencia al procedimiento, el éxito de la canalización en el primer intento es muy amplio, y varía de un 53% a un 75%. Se considera un acceso venoso difícil cuando se precisan más de tres punciones para lograr la colocación del catéter o cuando el procedimiento dura más de 30 minutos. La extracción de sangre por tanto la venopunción tiene una especial importancia ya que es el medio principal para la extracción y posterior análisis de sangre. El descubrimiento de nuevos marcadores, así como la detección de nuevas moléculas útiles para el diagnóstico clínico se ha posicionado como basa para el avance del diagnóstico clínico. De hecho, esta tecnología lidera la innovación empresarial tal como lo determinan los importantes resultados en investigación. En los últimos tiempos, la investigación de marcadores pro-genéticos y la existencia de otros marcadores que pueden ser detectados por extracción sanguínea han ido paulatinamente incrementándose, siendo estas investigaciones sinónimo de detección precoz y mejoría del pronóstico en diferentes enfermedades.

En particular, las personas más afectadas son aquellas que requieren de punciones frecuentes, como el paciente con más de 48 horas de hospitalización por el alto riesgo de contraer infecciones nosocomiales; diabéticos o los pacientes en los que anatómicamente es difícil localizar la vena, como infantes y personas con obesidad.

Estas patologías tienen una o varias de las siguientes características:

- Dificil localización de los vasos sanguíneos
- Requieren de muchas punciones

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Anormalidades en la piel que hacen que el uso de agujas se complique. Además, el profesional sanitario se debe enfrentar a diario con factores anatómicos diferentes que afectan a la localización de las venas, como la edad (en bebés es más complicado), peso, sexo, raza, diámetro del vaso, palpabilidad, visibilidad de la vena o abuso de drogas.

Así mismo, aclarar que de no realizarse el procedimiento correctamente, los pacientes se exponen a largos tiempos de espera para realizar la punción. En muchos casos esta técnica es crítica, como en las UCIs, urgencias, catástrofes, ambulancias y emergencias. Además, una mala punción o repetidas punciones generan dolor, estrés, frustración y heridas, llegando a veces incluso a no poder realizar la punción y privando al paciente de su tratamiento. Por otro lado, la utilización de agujas de forma no exitosa puede traer numerosas complicaciones para la paciente, como agotamiento vascular, flebitis y otras infecciones locales, bacteriemia, trombosis o neumotórax, que, a parte de las consecuencias obvias al paciente, suponen un aumento de los días de ingreso hospitalarios y unos mayores costos al Sistema Nacional de Salud.

Los datos sobre este coste recogidos en la pasada anualidad muestran que es la atención hospitalaria en primer lugar y en segundo a la atención primaria los que albergan una proporción mayor. Es por tanto que todos estos problemas que evidencian la necesidad de una tecnología que permita una punción rápida y eficaz. A la vez que permita reducir el gasto derivado de esta técnica, para aumentar las posibilidades de éxito en el desarrollo de la técnica incrementado la calidad en los cuidados y mejorando la satisfacción del enfermo. En este sentido, se plantea una solución desde un punto de vista tecnológico en el que se pretende desarrollar un dispositivo médico basado en la tecnología centrada una tecnología específica que no es otra que la autofluorescencia. La innovación se centraría en el desarrollo de un dispositivo que mediante autofluorescencia pueda detectar las diferencias que existen en el lecho vascular de ambos vasos sanguíneos, dentro de estos se distingue la presencia de NADH Y FAD diferentes. Además, existen otros elementos como el colágeno, la elastina y la fibroneptina. Tanto el NADH y el FAD son los elementos más importantes dentro del sistema intracelular endógenos que tiene fluorosforos localizados dentro de las células endoteliales, células del estroma y las células musculares. Por lo que se teoriza que con la autofluorescencia se puede emplear para la identificación diferencial de ambos vasos sanguíneos. (pico a 480 nm).

Objetivos:

- Desarrollar la necesidad que en la actualidad detectamos en la sanidad en general. Esta solución sería de gran utilidad para el sistema nacional de salud, ya que esta se encuentra perfectamente integrado en busca de una solución que pueda contribuir de manera significativa en un plazo establecido, dando prioridad a la necesidad existente.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Avanzar en el desarrollo y tecnificación de los sanitarios que se encargan de la canulación de las venas y arterias. Sobre todo, aquellos que se encargan de realizar esta venopunción. - Aumentar la celeridad y el desarrollo de la técnica para el establecimiento de esta técnica de forma específica y reduciendo la cantidad de errores específicos.
- Por último, se establece un elemento guía que permita avanzar las técnicas en enfermería para el desarrollo correcto de una solución tecnológica que favorezca el cuidado a los pacientes y la tecnificación del personal que ejerce esos cuidados, o sea sé, los sanitarios
- Reducir el número de recursos humanos y económicos necesarios para incrementar el sistema nacional de salud y reducir los costes que se asocian a estos intentos.

PUESTA EN MARCHA

En la actualidad la puesta en marcha del proyecto ha comenzado mediante el análisis del problema tanto a nivel técnico como a nivel funcional. En cuanto al primero de estos análisis se establecieron los distintos elementos que se incluyen dentro del análisis de la tecnología, en este sentido se recapitularon las distintas tecnologías centradas en la detección de venas para realizar una venopunción precisa, centrada en la localización exacta de una vena para su posterior canulización, además, se añaden otra serie de elementos técnicos como son las propias limitaciones de esta tecnología. En cuanto a línea funcional distinguimos la recapitulación de las características funcionales que tiene que contar el dispositivo, por lo que se muestra las dos actividades iniciales del cronograma. Actualmente, se está desarrollando las actividades de diseño y desarrollo, para ello se está contactando con los actores de la industria, desarrolladores, para que actúen tanto de guía para el proceso como para su posterior desarrollo. Por otro lado, se determinan el estudio técnico de la tecnología a ensayar, para ello nos encontramos inmersos en la generación de pruebas clínicas, en la que estamos investigando y estudiando el desarrollo de estas técnicas, haciendo hincapié en la detección autofluorescencia con intención de detectar mediante excitación de los componentes diferenciales entre venas y arterias para generar un dispositivo que permita detectar estos elementos y poder desarrollar esta técnica adecuadamente. La experiencia del proyecto aún no ha sido empleada para su cometido ya que el desarrollo del mismo depende de organismos reguladores como son la agencia española del medicamento y que para ser probada debemos realizar un conjunto de ensayos que componen la parte preclínica. Por todo esto se muestra que los avances del proyecto se encuentran en un estadio muy temprano.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 2

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
No.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

En la actualidad la no existe una tecnología útil que cumpla con todos los requisitos que se exigen para ser usada en los pacientes a nivel de venopunción. Si bien existen tecnologías en el mercado que dicen poder alcanzar un nivel de sensibilidad y precisión adecuadas, se ha podido comprobar que la experiencia en el uso de estas técnicas no es satisfactoria.

Esta falta de funcionalidad por parte de los dispositivos del mercado se debe a que la gran mayoría establecen su funcionamiento en el uso de luz óptica, bien diodos o bien luz infrarroja, imposibilitando la penetración su alcance para una detección de venas adecuado. Por ello, hemos desarrollado esta línea de investigación, basada en la autofluorescencia, que permita detectar la detectar las venas para establecer con precisión el punto en el que se hallan. Los cambios que van a implicar el desarrollo de este dispositivo suponen la generación de una técnica más precisa que permita la mejor atención de los pacientes a la par que permita el avance tecnológico de las técnicas de enfermería, como bien se ha reflejado la venopunción se desarrolla mediante palpación y es la experiencia la que permite detectarla con mayor precisión. Nuestro dispositivo permitirá que cualquier sanitario que emplee este dispositivo pueda detectar este vaso sanguíneo y extraer sangre de una forma más adecuada y precisa. En conclusión, nuestro dispositivo es una herramienta para realizar diagnósticos que empleará el desarrollo de una nueva tecnología como es la autofluorescencia para la localización de forma más efectiva de la vena, para posteriormente esquivar los problemas asociados a la técnica manual, tal como se refleja en la memoria que acompaña a esta solicitud.

PROPUESTAS DE MEJORA

En términos generales y en torno a la metodología de investigación se requiere la generación de un desarrollo que permite el estudio de esta nueva solución metodológica indicada. Entendiendo esta solución como un elemento disruptivo basada en la investigación dirigida por

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



este equipo de investigación dirigido al desarrollo de este nuevo dispositivo. En torno al uso de la venopunción, aplicado para la detección de las venas. La metodología de investigación más importantes se ha centrado en el uso de técnicas como el ultrasonido como técnica de detección de venas con el importante inconveniente que deben ser lo suficientemente largas para poder detectarlas, además, se requiere de un elemento piezoeléctrico especializado y es necesaria amplia experiencia en su ejecución para generar imágenes útiles. Otros investigadores han empleado la técnica de exponer una fuente de iluminación infrarroja al antebrazo para medir su transparencia (transiluminación) la cual tiene la desventaja de que las zonas a procesar deben ser lo suficientemente delgadas para que la luz las atraviese (manos y dedos), para zonas en que la técnica no funciona, como el antebrazo o pierna, se ha propuesto utilizar un método de reflectología infrarroja. La principal limitación es la detección del sistema de vasos sanguíneos que incluye la inhabilidad de cuantificar las medidas de las propias venas, además, añade complejidad durante las cirugías lo que implica un coste.

Por esta razón, se muestran las siguientes tecnologías que han mejorado y que permiten la detección de estos vasos sanguíneos. En este sentido y en este elemento se remarca la propuesta este elemento, es decir, se propone un elemento que usa esta tecnología como elemento para la detección de las venas, de diferentes tipos y tamaños pudiendo de esta manera diferenciar los dos vasos sanguíneos principales; venas y arterias. Sabiendo que esta diferenciación se puede diferenciar en base a dos vías: La oximetría, es decir, la diferencia entre la sangre venosa y arterial, sabiendo que la primera es pobre en oxígeno mientras que la arterial es rica en oxígeno. Es aquí la diferencia en la que se puede encontrar estos elementos. De otra manera, se muestran otros métodos en los que se puede medir mediante otras fuerzas como es el Tomografía computerizada, angiografía y ecodopler.

Además, se han empleado otras tecnologías como es el modelo Montecarlo donde mediante una serie de parámetros se construye este algoritmo que permite de forma especializada desarrollar una herramienta capaz de centrar donde se observa estos vasos sanguíneos. Por último, la novedad existe investigadores que han desarrollado un elemento mediante autofluorescencia basado en las grandes diferencias que existen en el lecho vascular de ambos vasos sanguíneos, dentro de estos se distingue la presencia de NADH Y FAD diferentes. Además, existen otros elementos como el colágeno, la elastina y la fibronectina. Tanto el NADH y el FAD son los elementos más importantes dentro del sistema intracelular endógenos que tiene fluoróforos localizados dentro de las células endoteliales, células del estroma y las células musculares. Por lo que se teoriza que con la autofluorescencia se puede emplear para la identificación diferencial de ambos vasos sanguíneos. (pico a 480 nm). Es en este último elemento donde se va a centrar nuestra nueva línea de investigación donde se van a generar los desarrollos específicos para la construcción de un nuevo dispositivo.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



OBSERVACIONES

El proyecto puede generar un desarrollo que puede suponer un importante avance en las técnicas de enfermería. No hay que olvidar que la enfermería adolece de ser un servicio que puede tender a ser muy manual en su conjunto, como es el caso de la palpabilidad en el caso de la venopunción, es difícilmente entendible como aún hoy hay procedimientos en este servicio que implican poco uso de las nuevas tecnologías. Tal como se muestra en los impedimentos de esta memoria, la cultura laboral en este sector está muy arraigada a la experiencia, y esto hace difícil el desarrollo de nuevas técnicas ya que implica un cambio en la manera de actuar del personal. Es por estas razones que entendemos que proyectos como el que planteamos tienen especial importancia para el avance de este servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Á. Azueto-Ríos, R. S.-G.-G.-S. (2017). Implementación de un sistema de imagenología infrarroja para la detección. Revista de Ingeniería Biomédica , 477-491.
- Accu Vein, I. C. (2015). Estados Unidos Patente nº US 9,186,063 B2 . al., G. F.-D. (2012). Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A(H1N1). Rev CONAMED.
- Alejandra García Carranza, V. C. (2020). Central Venous Catheter and its complications.
- REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA. AMAL CHATURVEDI, *. S. (2018). Blood vessel detection, localization and estimation using a smart laparoscopic grasper: a Monte Carlo study SUBRAMANIAN. Biomedical Optic express.
- Araújo, F. B. (2022). Pacientes con cáncer en cuidados paliativos: eventos relacionados con la venopunción y la hipodermoclisis. Caixa, F. I. (2023). Obtenido de <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/politicas-publicas-inf-salud-clinicos>, E. c. (2019).
- Leticia Carmen Simón López . Desire Mena Tudela, V. M. (2016). Cuidados Básicos de Enfermería. Universitat Jaume I. Díaz, M. G. (2023). Marcadores moleculares: Qué son, cómo se obtienen y para qué valen. Obtenido de <https://www.uma.es/estudios/centros/Ciencias/publicaciones/encuentros/ENCUENTROS49/marcadores.html>
- Emili Velaa, M. C.-A. (2019). Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Catalunya~ (España): ~ ¿qué y quién consume más recursos?
- Elsevier . F. B. Chiao*, F. R.-F.-L. (2013). Vein visualization: patient characteristic factors and efficacy of a new infrared vein finder technology. British Journal of Anaesthesia.
- Ferreira-Gonzalez, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología, 139-144.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Ferreria-Gonzalez, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología. Flanders Investment and trade. (mayo de 2020). THE MARKET OF MEDICAL DEVICES IN SPAIN. Flanders State of ART.
- JulianaCaballero-Güetoa, F.-G.-C. M.-R. (2013). TendenciadelamortalidadporenfermedadescardiovascularesenAndalucíaayEspañanentre 1990y2010. Cardiacore, 31-37. LEUKEMIA AND LYMPHOMA SOCIETY. (2023). Pruebas moleculares y el tratamiento del cáncer. LLC, V. S. (2013).
- Veinsite: Operator User Manual. User's manul. M.V, J. D. (2014). Factores fisiológicos que modifican la acción de los fármacos. Rev Col Cienc Pec . MedicalEXPO. (2023). Obtenido de <https://www.medicalexpo.es/prod/christie-medical/product-122281-859227.html> medicalexpo. (2023).
- Medical expo. Obtenido de <https://www.medicalexpo.es/fabricante-medical/detector-venas-led-55907.html>
- Medineplus. (2023). Medineplus. Obtenido de <https://medineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia/>
- MordorIntelligence. (23 de febrero de 2023). MordorIntelligence. Obtenido de <https://qbdgroup.com/en/blog/md-ivd-industry-trends-2023/> NIH. (26 de Abril de 2023). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dispositivo-medico> Organización panamerica en salud. (2023). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes> ORGANS, B. F. (2009).
- LA GESTIÓN DE EXCELENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS. Patrícia Kuerten Rocha1, M. L. (2013). El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index Enferm vol.22 no.3 Granada. Polaris Market Research. (2023). Obtenido de <https://www.polarismarketresearch.com/industry-analysis/medical-device-outsourcing-market>
- Pouya Saeedi, I. P. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition.
- Elsevier. PRB. (17 de Mayo de 2007). Obtenido de <https://www.prb.org/resources/the-growing-global-chronic-disease-epidemic/> Researc, P. M. (2023). <https://pmsf.org/accelerating-research/>
- Ron Goldman, C. S., & Stephen P. Conlon, G. (2021). Estados Unidos Patente nº US 11,191,482 B2. Thomas D. Pate, A. ., & William E. Cohn, B. ., (2022). Estados Unidos Patente nº US 2022/0175562 A1. UOC. (28 de Septiembre de 2022). Obtenido de La medicina personalizada ya no es una cuestión de futuro, sino de actualidad: <https://blogs.uoc.edu/cienciasdelasalud/que-es-medicina->

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



personalizada/#:~:text=En%202001%20se%20elabor%C3%B3%20el,expansi%C3%B3n%20de%20la%20medicina%20personalizada.

- Vein Pattern Locating Technology for Cannulation: A Review of the Low-Cost Vein Finder Prototypes Utilizing near Infrared (NIR) Light to Improve Peripheral Subcutaneous Vein Selection for Phlebotomy. (2019).
- Sensors. Vincent Van Fulpen. (1 de Febrero de 2023). Medical Device and IVD industry trends for 2023. Obtenido de <https://qbdgroup.com/en/blog/md-ivd-industry-trends-2023/>
- Vincent Van Fulpen, L. S. (1 de Febrero de 2023). Obtenido de <https://qbdgroup.com/en/blog/md-ivd-industry-trends-2023/>
- Ward Health. (2023).
- Obtenido de <http://www.wardhealth.com/articles/chronic-diseases-claim-least-75-health-care-spending-most-developed-countries-pose-growing-> Yoh-suke Mukouyama, 1. D. (2002).
- Sensory Nerves Determine the Pattern of Arterial Differentiation and Blood Vessel Branching in the Skin. Cell. Marta Riu, P. C. (2016). Impacto Económico de las bacteriemias nosocomiales. Comparación de tres metodologías de cálculo. Elsevier , 620-625.

PROYECTO 60

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Universitario del Sureste

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Antonio Díaz Sánchez, Miguel Rivero Fernandez

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Aparato Digestivo

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La infección por el virus de la hepatitis C constituye un problema de salud pública a nivel mundial. En España, los últimos estudios epidemiológicos señalan que, aproximadamente, el 0,22% de la población está afectada por la infección (Ministerio de

229

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Sanidad, 2019). La aparición de los fármacos denominados antivirales de acción directa, medicamentos seguros, administrados vía oral, con un excelente perfil de tolerancia y escasos efectos adversos, además una cómoda posología y corta duración, y con una eficacia superior al 95% para conseguir la respuesta virológica sostenida, ha permitido poder hablar de objetivos de eliminación. En el momento actual, España aspira a la eliminación de las hepatitis virales, en especial el VHC.

De hecho, somos uno de los pocos países del mundo que se encuentran en el camino trazado por la Organización Mundial de la Salud. Más allá del tratamiento generalizado de los pacientes que acuden a nuestras consultas, para lograr este fin son necesarias nuevas estrategias de identificación de pacientes infectados, muchos de los cuales desconocen su enfermedad. Como objetivo general se busca realizar un programa de detección y búsqueda de hepatitis C dentro del área de salud del Hospital Universitario del Sureste.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Aumentar la tasa de diagnóstico de las hepatitis C y facilitar la vinculación a la atención de los pacientes con infección activa.
- Proyecto búsqueda de pacientes infectados no vinculados a atención sanitaria: Búsqueda de pacientes infectados por VHC atendidos en el área de salud del Hospital (Atención Primaria) y que no estén actualmente vinculados a cuidados y por tanto puedan considerarse “perdidos”. Completar el estudio clínico en caso necesario, valoración de cribado de otras hepatitis virales y realizar seguimiento de estos pacientes que están en mayor riesgo de progresión de enfermedad hepática.
- Potenciar el conocimiento de la enfermedad hepática en la población general y a través de campañas de concienciación y formación, así como de material informativo.
- Establecer circuitos entre los distintos estamentos administrativos (Hospital, Atención Primaria y Ayuntamientos) así como con asociaciones de inmigrantes y centros sociales para la consecución de los objetivos del proyecto.

PUESTA EN MARCHA

Desde el Hospital Universitario del sureste (HUS) se han venido realizando desde el año 2019 diferentes estrategias para mejorar la detección de pacientes con hepatitis C, que tuvieron que verse suspendidas por la pandemia. Entre estas acciones se encuentran:

- Formación específica en cribado de pacientes VHC en Atención Primaria: Para ello se realizaron a lo largo del año 2019 (teniendo que suspenderse por aparición de la pandemia Covid 19) varias sesiones presenciales en los principales Centros de Salud de Atención Primaria del área de influencia (Arganda-Felicidad, Arganda del Rey, Rivas-Santa Mónica, Rivas-La Paz, Rivas Primero de Mayo, Campo Real y Villarejo de Salvanés).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- En ellas se han indicado aquellas poblaciones de pacientes con mayor prevalencia de la enfermedad y sobre las que habría que incidir en la detección de nuevos casos.
- Formación específica de cribado de pacientes VHC en servicios estratégicos del HUS: Igualmente, previo a la pandemia se han realizado sesiones formativas en Servicios del hospital donde sería previsible encontrar mayor prevalencia de la infección como Medicina Interna, Psiquiatría y Especialidades Médicas relacionadas. Asimismo, se impartió formación específica al Servicio de Anestesiología y Urgencias.
 - Promoción del cribado del VHC a través de paneles informativos: Se incentivó el cribado de la infección mediante la difusión a trabajadores del centro y pacientes a través de la colocación de carteles físicos explicativos del proyecto en áreas estratégicas del Hospital como Urgencias, área de consultas, área quirúrgica, radiología, hospitalización y en las entradas del hospital. Asimismo, se realizó un “salvapantallas” para que mediante su aparición en todos los ordenadores del Hospital se mantenga la alerta de la necesidad de cribado.
 - Localización de pacientes “perdidos en el sistema” en atención hospitalaria: A lo largo del 2020 se realizó el cruce de las bases de datos de Microbiología y Farmacia para la detección de pacientes perdidos en el sistema desde la apertura del hospital en 2008.

Se considera así a aquellos con resultados médicos suficientes para establecer un diagnóstico definitivo o de alta sospecha de una enfermedad, sin que dichos resultados hayan sido evaluados. Estos pacientes, por lo tanto, desconocen su enfermedad y no reciben atención ni tratamiento para la misma. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario del Sureste sin requerir el consentimiento informado de los pacientes. La atención a cada paciente y el acceso a datos personales fueron realizados exclusivamente por los profesionales sanitarios responsables de su atención directa. Así fueron detectados 400 pacientes “perdidos” con sospecha de padecer hepatitis C en los que se depuró la necesidad de tratamiento.

- Inclusión de la serología de hepatitis C en el formulario quirúrgico para el estudio preoperatorio: Tras la formación al servicio de Anestesia se informó a los equipos quirúrgicos y personal de Quirófano de la realización sistemática de cribado VHC en la petición de preoperatorio antes de una intervención quirúrgica en población general. Se comparó la eficacia del cribado en cuanto a número de peticiones realizadas entre el periodo comprendido Enero-Octubre 2019 (previo a la pandemia) y Enero-Octubre 2022. En el primer periodo se solicitaron 3709 peticiones de serología VHC (3313 pacientes individuales), comparado con las 7743 (6902 pacientes individuales) del segundo periodo (incremento del 109%). Separado por servicios, este aumento de peticiones observado en el segundo periodo fue principalmente a expensas de los servicios quirúrgicos (incremento del 251%) gracias a la inclusión de la serología en los

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



protocolos preoperatorios de forma automática. En la globalidad de la serie, se detectaron 145 pacientes AntiVHC positivos en el primer periodo (incidencia 4,37%) siendo 48 virémicos (1,44%), frente a 130 pacientes en el segundo periodo (incidencia 1,88%) siendo 29 virémicos (0,42%). En cuanto al ámbito exclusivamente quirúrgico se produjo un aumento muy importante de pacientes con serología positiva en el segundo periodo (8 vs 45, incremento del 462%, incidencia 1,14%) así como virémicos (0 vs 5 pacientes, incidencia 0,12%).

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Esperados

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
Sí. La eficacia de la intervención se monitorizará de forma mensual mediante diferentes variables:

- Porcentaje de AntiVHC positivo/Total de cribados.
- Porcentaje de viremia VHC positiva/Total de cribados.
- Porcentaje de viremia VHC positiva/Total de AntiVHC positivo.
- Porcentaje de pacientes recuperados en consulta.
- Pacientes tratados.
- Pacientes curados.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?
Se pretenderá con la realización de este proyecto la automatización para la recepción a través de un buzón de la historia clínica electrónica de las serologías positivas de VHC. Esta automatización se realizará gracias al Servicio de Control de Gestión del Hospital. El personal de enlace se encargará de revisar los pacientes recibidos en el buzón y confirmar si dicha infección era conocida previamente o no, o si el paciente estaba en seguimiento previo y dejó de acudir a los controles. Se dispondría de un personal de enlace para coordinación de las estrategias. Sus funciones serían:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Realización de la búsqueda en las bases de datos de pacientes infectados no ligados a cuidados, localización, contacto con los mismos y gestión de asistencia en hospital.
- Detección e identificación de pacientes mediante la realización del cribado in situ.
- Comunicación y gestión de las consultas de Hepatología.
- Gestión de citas y monitorización de tratamiento.
- Coordinación con asociaciones de inmigrantes.
- Promoción del cribado en unidades del Hospital como urgencias, hospitalización y especialidades con mayor prevalencia de infección.

PROPUESTAS DE MEJORA

Tras la primera fase de incentivación al personal facultativo del Hospital y de Atención Primaria en la solicitud de serología de VHC, pretendemos conseguir implicar a todos los diferentes Servicios del Hospital en la petición de serología de VHC de forma rutinaria. La creación de una base de datos con los resultados obtenidos permitirá la colaboración en estudios con otros centros, siendo un proyecto innovador.

OBSERVACIONES

La inclusión de la serología VHC de forma sistemática en el protocolo preoperatorio quirúrgico y el estímulo de colaboración de otros servicios para el cribado oportunista del VHC, es un mecanismo eficaz para conseguir el objetivo de detección de pacientes infectados dentro de un programa de microeliminación de la hepatitis C.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo del estudio de prevalencia de la infección por hepatitis C en población general en España; 2017-2018. Resultados del 2º Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- European Association for the Study of the Liver (EASL). Policy Statement on Hepatitis C Elimination. June 2019.
- Crespo J, Albillos A, Buti M, et al. Elimination of hepatitis C. Positioning document of the Spanish Association for the Study of the Liver (AEEH). Rev Esp Enferm Dig 2019;111 (11): 862-73.
- Javier Crespo , Joaquín Cabezas , Antonio Aguilera , Marina Berenguer, María Buti, Xavier Forns, Federico García, Javier García-Samaniego, Manuel Hernández-Guerra, Francisco Jorquera, Jeffrey V Lazarus, Sabela Lens, Elisa Martró, Juan Antonio Pineda, Martín Prieto, Francisco Rodríguez-Frías, Manuel Rodríguez, Miguel Ángel Serra, Juan Turnes,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Raquel Domínguez-Hernández, Miguel Ángel Casado, José Luis Calleja.
Recommendations for the integral diagnosis of chronic viral hepatitis in a single analytical extraction. Gastroenterol Hepatol 2023 Feb; 46 (2): 150-162.

PROYECTO 61

LIMITACIÓN DE LA PETICIÓN DE PRUEBAS DE PROCALCITONINA SIN INDICACIÓN

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Universitario de Torrejón

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Hemir Escobar Pirela

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Asistencia socio-sanitaria

Área de especialidad médica: Medicina Interna

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La procalcitonina (PCT) es un polipéptido sérico que se encuentra en el plasma en cantidades mínimas y se eleva intensamente en las infecciones bacterianas sistémicas graves tales como sepsis, shock séptico y meningitis. No obstante, el valor de un marcador en una situación inadecuada, a menudo genera resultados no interpretables, constituyéndose este motivo como el principal eje sobre el que se desarrolla la presente iniciativa: la limitación de la petición de pruebas de procalcitonina sin una indicación completa.

PUESTA EN MARCHA

La dosificación de PCT, como todo marcador biopatológico, se integra en un proceso diagnóstico global y complejo, cuya base es la determinación de la probabilidad de padecer infección. Su medición no debería reemplazar una evaluación clínica inicial concienzuda y perspicaz. El fin de la iniciativa es definir el uso de la procalcitonina como biomarcador en el proceso diagnóstico en el momento de decidir el modo de tratamiento. Para lograr el objetivo, se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Se eliminan de los perfiles de solicitud de pruebas la PCT, manteniéndose únicamente si se activa el código sepsis.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Se desarrolla una sesión formativa para abordar las indicaciones de la prueba. Se pone en marcha el proyecto en el área de urgencias pediátricas.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se establece el grado de solicitud de prueba PCT fuera de indicación inferior al 15% como un valor aceptable.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La solicitud de prueba PCT fuera de indicación en el año 2021 era superior al 60%. Tras la puesta en marcha de las acciones detalladas en el apartado de metodología, se aprecia una evolución favorable en los resultados del indicador durante el año 2022, obteniendo un % de solicitud de pruebas fuera de indicación del 25% en junio de 2022.

PROPUESTAS DE MEJORA

En el marco de la atención sanitaria es necesario identificar y reducir las intervenciones que son poco adecuadas, ya que los beneficios clínicos se mantienen mientras que la utilización de los recursos es más racional.

OBSERVACIONES

En vista de los resultados obtenidos, la iniciativa llevada a cabo en el Hospital Universitario de Torrejón supone una mejora en la adecuación de la práctica clínica, evitando la sobreutilización (aplicación de pruebas diagnósticas que aportan poco valor a los pacientes, o incluso pueden perjudicarles más que beneficiarles) y favoreciendo una atención sanitaria de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Julián-Jiménez, F.J. Candel González, J. González del Castillo. Utilidad de los biomarcadores para predecir bacteriemia en los pacientes con infección en urgencias.
- Rev Esp Quimioter, 30 (2017), pp. 245-256 M. Martínez Ortiz de Zárate, J. González del Castillo, A. Julián Jiménez, P. Piñera Salmerón, F. Llopis Roca, J.M. Guardiola Tey, et al.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- ESTUDIO INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Emergencias*, 25 (2013), pp. 368-378
- L. Magrini, F. Ravaglino, R. Marino, E. Ferri, B. de Berardinis,
- P. Cardelli, et al. Procalcitonin variations after Emergency Department admission are highly predictive of hospital mortality in patients with acute infectious diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17 (2013), pp. 133-142

PROYECTO 62

PROYECTO ATRA-PED: OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS TRAUMATISMOS PEDIÁTRICOS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

H. U. Infanta Leonor

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Sara Suárez Cabezas

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica:

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: La patología traumática supone un alto porcentaje de consultas en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP), representando un 20-30% del total de las visitas. Resulta, además, una causa nada desdeñable de gasto sanitario. Sin embargo, la gran mayoría de los traumatismos valorados en el SUP son considerados como lesiones menores que no requieren ninguna intervención especial. Solo un 20% de los casos son diagnosticados como lesiones mayores, siendo las fracturas el diagnóstico más habitual (hasta un 70% de los mismos). A pesar de la alta incidencia de lesiones traumáticas menores, existe muy poca evidencia científica sobre el manejo de este tipo de patología en la infancia y apenas existen protocolos actualizados que permitan una práctica clínica homogénea. Los pacientes son, además, atendidos por diferentes especialistas según el centro al que acudan; bien pediatras, traumatólogo/as, cirujano/as o médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, lo que impide un consenso adecuado. Nuestro objetivo es la de establecer protocolos actualizados e

236

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



innovadores que permitan un manejo adecuado de los pacientes con este tipo de patología en los SUP y que se fundamenten en los siguientes pilares:

- NO realizar radiografías en pacientes con bajo riesgo de fractura. Se aplicarán criterios clínicos validados para identificar a los pacientes con alto riesgo de fractura significativa, es decir, aquellos que precisen algún tipo de intervención especial (interconsulta a traumatología, reducción cerrada, aplicación de férula, etc). Se realizará, así mismo, ecografía clínica (ecografía realizada por el facultativo que atiende al paciente en el momento de la consulta) bien para seleccionar los pacientes con más riesgo de presentar fractura o bien con fines diagnósticos, en función de la localización del traumatismo.
- NO realizar inmovilizaciones innecesarias. Por ejemplo, algunas fracturas en población pediátrica no requieren inmovilizaciones totales como férulas o escayolas completas, y otro tipo de patologías, como los esguinces de tobillo leves no requieren directamente, ningún tipo de sujeción.
- Ofrecer a los pacientes y sus familias las opciones de inmovilización disponibles: inmovilizaciones realizadas en la urgencia, fijas, o bien órtesis rígidas o flexibles a adquirir en tiendas especializadas.
- Facilitar información para el inicio de rehabilitación domiciliaria precoz mediante el uso de la tecnología (acceso a vídeos para rehabilitación no supervisada en pacientes que no puedan acceder a fisioterapia).
- NO realizar interconsultas a traumatología innecesarias, así como NO derivar a consultas de traumatología si no es necesario.

PUESTA EN MARCHA

El proyecto consiste en varias fases:

- Evaluación de la situación actual: se determinará, mediante estudios de investigación descriptivos, la situación actual del problema. Cuántos pacientes atendemos, cuál es la patología más habitual, cómo suele manejarse, ec. Nos centraremos también en cuál es la opinión de los pacientes y sus acompañantes y sus expectativas respecto a la atención en urgencias. o Búsqueda de evidencia científica: en relación con criterios clínicos que permitan reducir el número de radiografías solicitadas, aplicabilidad de los criterios clínicos en triaje avanzado por parte del personal de enfermería, uso de ecografía clínica en la valoración de traumatismos y tratamiento de las diferentes patologías traumáticas. En este contexto se está coordinando a nivel nacional la creación de una guía de práctica clínica sobre cuándo solicitar radiografía en traumatismos en pediatría a través del Grupo de Trabajo (GT) de traumatología de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP).

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Generación de nueva evidencia científica: este tipo de patología carece en muchas ocasiones de evidencia científica sólida.

Es por ello que se han iniciado varios estudios de investigación:

Finalizados y pendientes de publicación:

- Estudio de intervención en el que se obtiene una reducción del 46.9% de las radiografías de tobillo solicitadas tras aplicar la Regla de Bajo Riesgo de Tobillo o los criterios de Ottawa por parte del personal de enfermería en triaje avanzado.
- Ensayo clínico unicéntrico en el que se comprueba la no inferioridad de no vendar vs vendaje funcional en esguinces leves de tobillo.

En activo actualmente:

- Ensayo clínico multicéntrico en esguinces leves de tobillo. Vendaje funcional vs no sujeción. - Ensayo clínico multicéntrico en esguinces moderados de tobillo. Rehabilitación domiciliaria no supervisada vs control.
- Estudio observacional multicéntrico. Elaboración de criterios clínicos para la detección de fracturas significativas en caso de traumatismo en los dedos de la mano.
- Validación de criterios de 'alto riesgo' en caso de traumatismo de los dedos de la mano en muestra retrospectiva.
- Estudio de pruebas diagnósticas para determinar la utilidad de la ecografía clínica y la valoración de la almohadilla grasa posterior en la detección de fracturas de codo.

* Pendientes de desarrollo:

- Estudio de pruebas diagnósticas. Aplicación de las reglas SOFAR (Sonographic Ottawa Foot and Ankle Rules) en población pediátrica. Uso de la ecografía clínica en pacientes con traumatismo de tobillo y criterios de Ottawa positivo.
- Estudio de intervención tras aplicación de criterios de Ottawa en traumatismos de rodilla. o Elaboración de protocolos. Se priorizará la elaboración de los protocolos en función de la frecuencia de la patología. Primero se desarrollarán los protocolos de traumatismo de tobillo, dedos de la mano, muñeca, codo y rodilla.

Divulgación de protocolos. Se realizará inicialmente una divulgación interna, mediante sesiones conjuntas entre los servicios de pediatría (incluyendo enfermería) y traumatología. Se facilitará los documentos pertinentes, así como algoritmos de consulta rápida para triaje de enfermería. La guía de práctica clínica que se está coordinando se publicará a nivel nacional y se divulgará a través de la SEUP y la Asociación Española de Pediatría (AEP). Los resultados obtenidos en los estudios de investigación iniciados, así como los resultados obtenidos tras la implementación de los protocolos, se compartirán en congresos nacionales. Participación en la futura elaboración de protocolos específicos y de un manual fomentado por el GT de traumatología de la SEUP (ya realizado y pendiente de publicar el protocolo general de traumatismos periféricos de la SEUP). o Formación: se ha realizado ya a nivel del servicio un curso de ecografía clínica en el que se

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



incluye la detección de fracturas. Este mismo curso se ha integrado en la formación de los nuevos MIR durante su rotación en urgencias.

Así mismo, se realizarán talleres específicos periódicos (por ejemplo, exploración ecográfica de antebrazo distal) que acompañarán a la implementación de los protocolos. Se realizarán, así mismo, talleres de exploración física y de interpretación radiográfica por localizaciones.

Se plante realizar en un futuro cursos de ecografía clínica para personal de otros centros sanitarios.

Revisión de resultados: se realizará un seguimiento tras la divulgación de los protocolos para comprobar la correcta implementación de los mismos. Para ello se ha modificado los formularios informatizados de urgencias para poder realizar una adecuada gestión de los datos. Así mismo, se elaborará unos indicadores de calidad objetivo que permitan realizar dicho seguimiento y monitorear el cumplimiento de las recomendaciones. Hasta el momento se ha avanzado en el desarrollo del protocolo de traumatismo de tobillo, con lo que hemos conseguido reducir el número de radiografías solicitadas en un 50% aproximadamente y reducir el número de vendajes innecesarios realizados en urgencias a menos del 5%. Además, se ha elaborado un documento para pacientes en conjunto con el equipo de rehabilitación, para la realización de rehabilitación domiciliaria. Mediante unos códigos QR, los pacientes con esguinces de tobillo moderados o de repetición pueden acceder a una serie de vídeos subidos a la plataforma Youtube para iniciar dicha rehabilitación no supervisada (ver en documentos adjuntos).

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Se han modificado los formularios informatizados de urgencias para poder obtener los datos necesarios para el análisis antes y después de aplicar una intervención. Se elaborarán unos indicadores de calidad para su revisión de forma semestral para comprobar la adecuada aplicación de los protocolos. o % de radiografías solicitadas según localización del traumatismo. En el caso de los traumatismos de tobillo se ha establecido como indicador de calidad la realización de radiografía a menos del 50% de los pacientes que acuden a urgencias por

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



traumatismo de tobillo: (nº pacientes que precisan radiografía tras traumatismo de tobillo/nº de pacientes que acuden por traumatismo de tobillo) * 100 =

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lecciones aprendidas: existe un amplio margen de mejora en el manejo clínico de los pacientes pediátricos con patología traumática urgente. Resulta esencial la colaboración multidisciplinar para la implementación de protocolos consensuados. Por ello se requiere la participación del personal, no solo de pediatría, si no de traumatología, enfermería y rehabilitación.

Cambios, mejoras, logros: se ha conseguido implementar un protocolo de actuación en el caso de los traumatismos de tobillo consensuado con el servicio de traumatología y rehabilitación, así como con las enfermeras encargadas de solicitar pruebas complementarias en triaje. De esta forma hemos conseguido reducir el número de radiografías de tobillo en hasta un 50%, lo que supone un ahorro de alrededor de 250 radiografías/año (2625 €/año). Se ha mejorado también en el tratamiento de los pacientes con esguince de tobillo, evitándose inmovilizaciones innecesarias y fomentando la rehabilitación precoz domiciliaria, consiguiéndose así una recuperación más rápida, la disminución de efectos adversos derivados de la inmovilización y mejorando el confort de los pacientes. Por otro lado, todos los facultativos y MIR de pediatría del servicio han participado en el curso de ecografía clínica, mejorando su percepción respecto a la misma, y comenzando a utilizarla en su práctica habitual. Se ha conseguido también un equipo ultraportátil de la marca Butterfly para su uso en la urgencia.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Mayor investigación: elaboración de nuevos criterios clínicos en otras localizaciones, evaluación del uso de ecografía clínica para la detección de fracturas, etc.
- Conseguir más equipos ecográficos para el desarrollo de la ecografía clínica en la urgencia.
- Establecer programas de educación sanitaria para evitar consultas innecesarias en el SUP.
- Desarrollo de documentos de manejo inicial y revisión en atención primaria.

OBSERVACIONES

Lo amplio del proyecto hace necesario un plazo de implementación prolongado y progresivo, así como la implicación de equipos multidisciplinarios. En los proyectos que ya se han iniciado han participado diferentes especialistas médicos (pediatras, traumatólogos y rehabilitadores) pero también enfermero/as y fisioterapeutas. Además, se está participando en estudios de investigación y proyectos de divulgación multicéntricos a nivel nacional.

El uso de nuevas tecnologías como la ecografía clínica, las redes sociales, las aplicaciones móviles, etc. permite una atención más integral de los pacientes.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Lee LK, Porter JJ, Mannix R, Rees CA, Schutzman SA, Fleegler EW, et al. Pediatric Traumatic Injury Emergency Department Visits and Management in US Children's Hospitals From 2010 to 2019. *AnnEmerg Med*. 2022;79(3):279-87.
- Agustín Oliva S, Agustín Oliva A. ¿Por qué acuden los niños a urgencias? *Nuberos científica*. 2017;3(22):35-40.
- KD, Bonilla-Escobar FJ, Rodriguez C, Puyana JC. Injury Profile of Children 0-14 Years Old in Honduras. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg*. 2020;9(3):202-8.
- Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Díaz Peromingo JA. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal | Atención Primaria [Internet]. 2008 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-demanda-asistencial-urgencias-pediatricas-atendidas-13123682>
- Gafforini S, Turbitt E, Freed GL. Lower urgency paediatric injuries: Parent preferences for emergency department or general practitioner care. *Emerg Med Australas*. 2016;28(5):564-8.
- Voth M, Lustenberger T, Frank AB, Marzi I. What injuries should we expect in the emergency room? *Injury, Int. J. Care Injured*. 2017; 48: 2119–2124
- Voth M, Lustenberger T, Frank J, Marzi I. Finger- und Handverletzungen bei Kindern : Eine epidemiologische Studie [Pediatric finger and hand injuries : An epidemiological study]. *Chirurg*. 2017 Oct;88(10):871-878.
- Delgado MG, Sola JÁ, García JG, Romero CMA. Situación actual de la atención a la patología traumática en Servicios de Urgencias Pediátricos españoles. *Emerg Pediatr*. 2022; 1(1):16-18
- Gravel J., Hedrel P., Grimard G., Gouin S. Prospective Validation and Head-to-Head Comparison of 3 Ankle Rules in a Pediatric Population. 2009. *Ann Emerg Med*; 54(4): 534-540
- 10. Steiger, Christina N., et al. "Proximal Interphalangeal Hyperextension Injuries in Children: The Development of a Clinical Decision Guide." *The Journal of Pediatrics*, vol. 230, 2021, pp. 140–45, <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.10.038>.
- Vijayasankar D, Boyle AA, Atkinson P. Can the Ottawa knee rule be applied to children? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Emergency Medicine Journal [Internet]*. 2009 Apr 1 [cited 2023 Aug 8];26(4):250–3. Available from: <https://emj.bmj.com/content/26/4/250>
- Snelling PJ, Jones P, Bade D, Bindra R, Byrnes J, Davison M, et al. Ultrasonography or Radiography for Suspected Pediatric Distal Forearm Fractures. *N Engl J Med [Internet]*.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 2023 Jun 1 [cited 2023 Aug 8];388(22):2049–57. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2213883>
- Rabiner JE, Khine H, Avner JR, Friedman LM, Tsung JW. Accuracy of point-of-care ultrasonography for diagnosis of elbow fractures in children. Ann Emerg Med. 2013 Jan;61(1):9–17. 14. Canagasabay MD, Callaghan MJ, Carley S. The Sonographic Ottawa Foot and Ankle Rules Study (the SOFAR Study). Emerg Med J [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2023 Aug 8];28(10):838–40. Available from: <https://emj.bmj.com/content/28/10/838>
 - 15. Hang BT, Gross C, Otero H, Katz R. An Update on Common Orthopedic Injuries and Fractures in Children: Is Cast Immobilization Always Necessary? Clinical Pediatric Emergency Medicine [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 8];18(1):62–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1522840117300101>
 - 16. Gagnon I., Dubrovsky A.S., Grilli L., Mazza J., Gravel J., Friedmann D. Does in-person physiotherapy intervention improve the functional recovery of children and adolescents with acute ankle sprains? A randomized clinical trial. Clinical journal of sport medicine, 2017, 27(3). <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000441>
 - 17. Hupperets M.D., Verhagen E.A. van Mechelen W. Effect of unsupervised home based proprioceptive training on recurrences of ankle sprain: randomised controlled trial. BMJ. 2009;339. doi: 10.1136/bmj.b2684

PROYECTO 63

CREACIÓN DE APP INTERACTIVA MULTIDISCIPLINAR ONCO NEFROLOGÍA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

H Infanta Leonor

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: Juan A. Martín Navarro (resto consignado en la descripción)

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Nefrología

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El proyecto consiste en la creación, desarrollo y actualización periódica de una aplicación para ayudar al diagnóstico de nefropatías en oncología y surge de

242

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



una necesidad no cubierta ya que es la primera app que actualiza el conocimiento en onconeurología desde el punto de vista de los farmacéuticos hospitalarios, oncólogos médicos y nefrólogos. Se ha desarrollado por un grupo multidisciplinar, como homenaje a nuestros familiares y pacientes fallecidos por cáncer, de forma colaborativa, altruista, gratuita y actualizable periódicamente, lo que supone una mejora sustancial para el abordaje de los tratamientos cada vez más complejos del cáncer. Dr. Juan A. Martín Navarro. F.E.A. Svº de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Leonor. En nombre de resto de autores: -Dr Roberto Alcázar Arroyo, Fabio Procaccini, Laura Medina Zahonero, Patricia de Sequera Ortiz, del Svº de nefrología del Hospital Infanta Leonor. Madrid. - Dra. Almudena Martín Marino, del svº de oncología médica del Hospital Infanta Leonor. Madrid. - Dr Luis Antonio Pedraza Cezón, del svº de farmacia del Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez. - Madrid.

PUESTA EN MARCHA

El cáncer, enfermedad grave que provoca un gran sufrimiento en los pacientes y una necesidad de recursos para su tratamiento muy elevado, ha sufrido un aumento de incidencia y prevalencia muy llamativo en España. Las previsiones de incidencia suponen un aumento por encima del 60% entre los años 2018 y 2040, lo que supone más de 25.000 nuevos casos/año y más de 700.000/pacientes acumulados.

Paralelamente, el arsenal terapéutico se ha multiplicado, con nuevas clases de fármacos, nuevos planteamientos que abordan visiones complementarias (inmunoterapia, agentes biológicos, anticuerpos monoclonales...) y nuevos principios activos (por encima de 300 en nuestro país y más de 1300 en estudio actualmente) lo que dificulta la sistematización, identificación y aprendizaje de los efectos indeseables a nivel renal y del comportamiento a seguir respecto a su tratamiento. Resulta muy complejo conocer los efectos indeseables de todos los principios activos, su clase terapéutica, indicación y estar al día en el conocimiento que la literatura médica y la experiencia proveen. Por ello, pensamos que resultaría de utilidad la creación de una herramienta complementaria al diagnóstico en la que se sistematizara el conocimiento de forma ágil, fácil de consultar, accesible y funcional con la intención de facilitar el seguimiento de los pacientes y su tratamiento para los médicos responsables de estos pacientes. Para ello hemos contado con la colaboración entre farmacéuticos hospitalarios, oncólogos médicos y nefrólogos. En un intento integrador multidisciplinar de actualización del conocimiento en una herramienta de libre acceso, desvinculada de la industria farmacéutica, sin pretensión económica alguna, financiado por la S.E.N. y la Fundación Senefro y recomendado por la S.E.O.M.

OBJETIVOS del PROYECTO: La realidad que vivimos en nuestro hospital es un aumento de los pacientes con cáncer a nuestro alrededor y un aumento de complicaciones nefrológicas con el consiguiente aumento de comorbilidad, dolor para los pacientes y sus familias y necesidad de optimizar los recursos adecuados. Esto, a lo largo de los años, se ha concretado en un

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



acercamiento entre ambas especialidades, que ha dado como resultado una relación cada vez más estrecha entre la oncología y la nefrología, puesta de manifiesto institucionalmente con la creación en los últimos años del grupo de Onco-nefrología de la S.E.N, grupos interdisciplinarios, publicación de documentos de consenso en la práctica diaria y la ocupación de un espacio en congresos y publicaciones. Por otra parte, es imposible no contar con el punto de vista de los farmacéuticos hospitalarios a la hora de manejar los distintos fármacos, dosis, ajustes, interacciones y mecanismos de acción. Nuestra iniciativa, en último extremo, pretende rendir homenaje a las personas fallecidas por cáncer y mejorar su asistencia sanitaria. MÉTODO: Hemos indexado en nuestra base de datos más de 200 principios activos, de los cuáles, hemos resumido las siguientes características:

- Principio activo
- Marca comercial
- Indicación
- Dosis
- Dosis renal
- Comercializado o no en España
- Nefrotoxicidad
- Plan a seguir

Lo hemos complementado con datos de interés general (sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de lisis tumoral, grados de daño en nefrotoxicidad, diagnóstico diferencial de pseudoalteraciones renales, esquemas de tratamiento en oncología y bibliografía general con utilidad en distintos grupos terapéuticos). Hemos sistematizado su estudio en:

- Ficha técnica
 - Informe de posicionamiento terapéutico del ministerio de Sanidad - Informe de la Sociedad de Oncología Médica (SEOM)
 - Informes de posicionamiento de comunidades autónomas y/o hospitales.
 - Artículos de referencia en la literatura médica (PUBMED) revisada por los siguientes criterios de búsqueda: "acute kidney injury, acute phosphate nephropathy, anuria, oliguria azotaemia, continuous haemodiafiltration, dialysis, haemodialysis, peritoneal dialysis, nephropathy, toxic prerenal failure, renal failure, renal impairment, nephritis, glomerulonephritis, hematuria, proteinuria, hyponatremia, hypophosphatemia, arterial hypertension, thrombotic microangiopathy and hypomagnesemia". Se han adjuntado enlaces a artículos con texto completo siempre que estos fueran de libre acceso. Cuando no lo fueron, se ha adjuntado un enlace al resumen estructurado publicado en pubmed o en la revista médica correspondiente.
- RESULTADOS: La información resultante de este estudio se ha distribuido en distintas plataformas electrónicas para facilitar su accesibilidad:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



1.- En la página web de la sociedad española de nefrología, en el apartado "Revistas", subapartado: "nefrología al día", identificado como "Diccionario de quimioterápicos y nefrotoxicidad". (<https://www.nefrologiaaldia.org/es-quimioterapia-info>) Puede consultarse principio activo por principio activo en un archivo pdf en forma de tabla.

2.- Web con dominio propio de libre acceso: <https://nefrotox.org>

3.- App para dispositivos móviles de descarga libre y gratuita sin necesidad de registro previo en las plataformas: *Google play <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.nefrotox&gl=ES> y *App store: <https://apps.apple.com/es/app/nefrotox/id1629890355>

La App proporciona:

- Posibilidad de realizar búsquedas por términos definidos, tanto de principio activo, como de clase terapéutica, como de efecto indeseable como de indicación.
- Posibilidad de conocer los últimos principios activos actualizados en el apartado novedades.
- Esquemas de fisiopatología y videos con animaciones sobre mecanismos de acción de fármacos.
- Cuadros resúmenes estructurados de efectos indeseables de clases terapéuticas interrelacionados con distintos principios activos.

El proyecto, único en su campo, integra la visión de una enfermedad grave y que ocasiona un elevado sufrimiento en los pacientes e incertidumbre en los médicos que los tratan, con una información clara y sistematizada, con fuentes accesibles y científicamente relevantes que facilita la toma de decisiones ante escenarios clínicos concretos. Aporta una visión multidisciplinar: la del farmacéutico hospitalario, la del oncólogo médico y la del nefrólogo, proporcionando una visión práctica y equilibrada de la realidad en nefrotoxicidad, con consejos simples y fáciles de llevar a la práctica, de rápida visión y ágil presentación, que contribuyan al mejor manejo de estos pacientes. Existe la posibilidad de contactar con los editores por medio del apartado "contacto", a través del cual, se pueden compartir experiencias, realizar consultas, adjuntar artículos de interés que se incluyan en la bibliografía o dar parte de errores o inexactitudes que se hayan encontrado.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 1

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 0

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. La autoevaluación y experiencia se objetivan por el número de descargas realizadas hasta el momento (por encima de 500) y por la comunicación directa con el cuerpo doctrinal de oncólogos y nefrólogos con los que se ha contactado y que proporcionan una retroalimentación indispensable para el desarrollo del proyecto.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? El proyecto supone una mejora en la seguridad del paciente, una integración de visiones multidisciplinarias y una herramienta de diagnóstico e información que facilita, simplifica y homogeneiza la práctica clínica.

PROPUESTAS DE MEJORA

En marcha un proyecto de tesis doctoral para comprobar la homogeneidad de los datos ofrecidos en la APP con respecto a la práctica clínica en nuestro medio.

OBSERVACIONES

El proyecto surgió como un homenaje a los pacientes atendidos en nuestros respectivos servicios con la intención desinteresada de hacer mejor su seguimiento y disminuir demoras en los diagnósticos y tratamientos.

PROYECTO 64

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA GESTACIÓN: UNA APROXIMACIÓN A LA PREVALENCIA PARA ESTABLECER ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN EL TEAF

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Andalucía. Sevilla

Autor/es: Isabel Corrales Gutiérrez

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Obstetricia y Ginecología

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El consumo de alcohol en el embarazo es un factor teratógeno de primer orden en todas las sociedades en las que mujeres en edad fértil y durante la gestación consumen de forma habitual bebidas alcohólicas (1-2). Dichas anomalías presentan una variabilidad clínica importante, aunque, en general, pueden ser graves y perdurables de por vida y caracterizarse por unas anomalías faciales específicas (3). Si bien la gravedad de las alteraciones es dosis dependiente, la investigación realizada hasta la fecha no ha establecido que exista una cantidad mínima segura de alcohol que pueda consumirse en la gestación sin riesgos de efectos teratógenos.

Por tanto, la abstinencia total del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo es la postura más prudente con vistas a la prevención de dichos problemas (4). Todos estos problemas en su expresión más grave, se denominan Síndrome alcohólico fetal (SAF), que en inglés se conoce como Fetal Alcohol Syndrome (FAS), que es uno de los cuadros clínicos englobados bajo el concepto de Trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF), en inglés es Fetal alcohol spectrum disorders (FASD).

El TEAF no es un término diagnóstico como tal, sino que abarca diagnósticos médicos asociados, y describe un amplio rango de malformaciones distribuidas en función de su gravedad, desde las no observables, hasta aquellas que provocan la muerte de feto (5). Las prevalencias del SAF y del TEAF son desconocidas con precisión en la generalidad de los países ya que muchas gestantes tienden a la infraestimación (6) pero las cifras resultantes de los estudios realizados en áreas geográficas concretas de determinados países son indicativas de la extensión del problema en las sociedades actuales (7). El uso de biomarcadores ha permitido establecer una relación entre el consumo real y el correlato biológico para así establecer una estimación precisa del fenómeno, informando de que el consumo de alcohol en el embarazo puede ser superior al percibido por los profesionales y las instituciones sanitarias. 8 Así, el uso de muestras biológicas y el análisis de determinados biomarcadores, permitirá determinar el grado de consumo real de alcohol en comparación con el consumo declarado durante el embarazo.

Todo ello permitirá un abordaje más global en términos de prevención relacionados con el TEAF, ya que, conociendo los patrones de consumo de alcohol en las gestantes, nos permitirá diseñar estrategias para disminuir o erradicar su consumo.

Objetivos:

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Conocer la prevalencia de consumo real de alcohol en la gestación en una población de embarazadas de una ciudad del sur de España (Sevilla).
- Establecer una comparativa entre consumo declarado de alcohol durante la gestación y consumo real.
- Elaborar estrategias preventivas de consumo de alcohol en la gestación, para disminuir la incidencia del TEAF.

Metodología: El estudio ha tenido un diseño descriptivo transversal y se va a llevar a cabo con una muestra representativa de las mujeres embarazadas que reciben atención en un área sanitaria en la provincia de Sevilla. Se realizará mediante entrevistas, utilizando un cuestionario oral heteroadministrado. La muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple con un criterio 1:2, entre todas las gestantes usuarias de la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) que acudan a la consulta de ecografía morfológica en la semana 20 del embarazo y que cumplan los criterios de inclusión (tener 16 años o más; Comprender, hablar y leer español de forma fluida y firmar el consentimiento informado para la inclusión en el estudio).

El tamaño mínimo deseado de muestra fue de 400 participantes (calculado para una $p=0,05$). La participación fue voluntaria y confidencial. El cuestionario, de carácter anónimo, ya se ha pilotado y ha sido elaborado a partir de la literatura científica por parte del equipo de investigación.

En dicho cuestionario se recoge información, entre otros, sobre los siguientes aspectos:

- Variables sociodemográficas e historia obstétrica.
- Estilo de vida previo al embarazo y durante la gestación en relación con el consumo de alcohol. La estrategia de análisis de datos del estudio incluye técnicas como el análisis de varianza, la regresión múltiple y los modelos de ecuaciones estructurales. También se proyecta la recogida de muestras biológicas (cabello) para el estudio de biomarcadores.

El cabello permite un análisis retrospectivo de la exposición a una amplia gama de tóxicos ya que, desde el cuero cabelludo, cada centímetro equivale a un mes de posible consumo o exposición. Se recogerá un mechón de 0,5 cm de diámetro y al menos 100 mg de la parte posterior de la cabeza, cortado lo más cerca posible del cuero cabelludo. Esta muestra nos permitirá determinar la presencia de metabolitos tóxicos a los que ha estado expuesta la embarazada durante al menos las últimas 20 semanas. De entre ellos, el biomarcador que se centra en el consumo de alcohol en la gestación es el nivel de EtilGlucurónido. Dicho análisis se efectuó siguiendo los procedimientos de determinación de sustancias y drogas de abuso (Grup de Recerca Infancia i Entorn [GRIE], Servei de Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona) mediante espectrometría de masas en tándem (LC/MS/MS) en pelo de la madre de la digestión de las matrices en medio ácido y básico y extracción líquido-líquido o en fase sólida. Se utilizará

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



un sistema de HPLC (Waters, Etten-Leur, The Netherlands) acoplado a MicromassQuattro micro API triple quadrupole mass spectrometer (Waters) y un sistema Agilent de cromatografía de gases 6890 y espectrometría de masas 5973 (9-10). El análisis de este metabolito, ha permitido determinar el grado de consumo real de alcohol en el embarazo y compararlo con el consumo declarado recogido en el cuestionario.

PUESTA EN MARCHA

La puesta en marcha fue dificultosa ya que no se disponía de suficiente personal sanitario formado para realización de las encuestas y rellenar el cuestionario, así como la recogida de pelo a las gestantes. Aun así, se obtuvieron 425 encuestas y 256 muestras de pelo. Otra dificultad en la implementación de este proyecto fue posteriormente el análisis del biomarcador. Gracias a que el Hospital Clinic de Barcelona tenía en marcha un proyecto similar, pudimos enviar nuestras muestras de cabello para que fueran analizadas a cambio de un coste simbólico sufragado por el equipo de investigación. La experiencia ha sido muy satisfactoria ya que gracias a este estudio hemos podido determinar la prevalencia real de consumo de alcohol durante el embarazo a través de la medición del metabolito (20,7%), frente a la declarada obtenida a través del cuestionario (20,3%). Además, se han podido establecer patrones de consumo en relación con las variables obstétricas y sociodemográficas que permitirán elaborar programas de prevención del consumo de alcohol en el embarazo customizados y dirigidos, identificando a gestantes de riesgo.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si.

- Variables sociodemográficas e historia obstétrica.
- Estilo de vida previo al embarazo y durante la gestación en relación con el consumo de alcohol. Determinación del metabolito etilglucurónido para determinar la prevalencia de consumo de alcohol en el embarazo.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Es importante que desde el periodo periconcepcional y durante el embarazo se traslade a la embarazada el consejo sanitario adecuado sobre la necesidad de abstinencia de consumo de alcohol. La consejería de salud y familias de la Junta de Andalucía se ha hecho eco de esta circunstancia y desde el 2020 se ha creado una unidad multidisciplinar de TEAF con neuropediatras, psicólogos, trabajadores sociales y ginecólogos para el abordaje transversal de esta patología que no olvidemos es la causa más importante de retraso mental prevenible. Además, se han propuesto cursos de formación para profesionales sanitarios para que abordar el consejo sanitario adecuado y la detección de gestantes con posible riesgo de consumo. Como conclusiones podríamos destacar que valorando de forma conjunta los factores predictores de consumo de alcohol en el embarazo, se podrán establecer políticas de abstinencia customizadas por parte de las instituciones para así prevenir el consumo y por consiguiente el TEAF.

PROPUESTAS DE MEJORA

Extrapolar estos resultados al territorio nacional para así poder implementar estrategias preventivas de consumo de alcohol en el embarazo y que nuestras gestantes tengan un embarazo más saludable y que sus futuros hijos e hijas nazcan en las mejores condiciones y libres del efecto nocivo del alcohol consumido en el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Garcia-Algar, O., Black, D., Guerri, C., & Pichini, S. (2012). The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid-pregnancy. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 119(13), 1670–1671. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12007>
- 2.-Parnell, S. E., Riley, E. P., Warren, K. R., Mitchell, K. T., & Charness, M. E. (2018). The contributions of Dr. Kathleen K. Sulik to fetal alcohol spectrum disorders research and prevention. Alcohol (Fayetteville, N.Y.), 69, 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.10.008>
- 3.-Hoyme, H. E., Kalberg, W. O., Elliott, A. J., Blankenship, J., Buckley, D., Marais, A. S., Manning, M. A., Robinson, L. K., Adam, M. P., Abdul-Rahman, O., Jewett, T., Coles, C. D., Chambers, C., Jones, K. L., Adnams, C. M., Shah, P. E., Riley, E. P., Charness, M. E., Warren, K. R., & May, P. A. (2016). Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics, 138(2), e20154256. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4256>
- 4.- Pichini, S., Busardò, F. P., & Garcia-Algar, O. (2020). Only Total Abstinence From Alcohol Consumption During Pregnancy Guarantees Absolute Absence of Any

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Deleterious Effect in the Fetus and Child. Journal of studies on alcohol and drugs, 81(2), 220–221. 5.- Burd, L., Klug, M. G., Li, Q., Kerbeshian, J., & Martsolf, J. T. (2010). Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: a validity study of the fetal alcohol syndrome checklist. Alcohol (Fayetteville, N.Y.), 44(7-8), 605–614.

<https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2009.08.010>

- 6.- Chiandetti, A., Hernandez, G., Mercadal-Hally, M., Alvarez, A., Andreu-Fernandez, V., Navarro-Tapia, E., Bastons-Compta, A., & Garcia-Algar, O. (2017). Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. Reproductive health, 14(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0385-3>
- 7.- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2018). Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. Biochemistry and cell biology = Biochimie et biologie cellulaire, 96(2), 237–240. <https://doi.org/10.1139/bcb-2017-0077> 8.- Garcia-Algar, O., Kulaga, V., Gareri, J., Koren, G., Vall, O., Zuccaro, P., Pacifici, R., & Pichini, S. (2008). Alarming prevalence of fetal alcohol exposure in a Mediterranean city. Therapeutic drug monitoring, 30(2), 249–254. <https://doi.org/10.1097/FTD.0b013e31816a8657> 9.- J Joya, X., Mazarico, E., Ramis, J., Pacifici, R., Salat-Batlle, J., Mortali, C., García-Algar, O., & Pichini, S. (2016). Segmental hair analysis to assess effectiveness of single-session motivational intervention to stop ethanol use during pregnancy. Drug and alcohol dependence, 158, 45–51. 10.- Kintz P. (2015). 2014 consensus for the use of alcohol markers in hair for assessment of both abstinence and chronic excessive alcohol consumption. Forensic science international, 249, A1–A2. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.11.001>

PROYECTO 65

PROM TRACKER HUSE

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Universitari Son Espases

Islas Baleares. Baleares (Illes)

Autor/es: Luis Miguel Alegre

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Urología y Oftalmología

Público al que se dirige: Pacientes

251

Con la colaboración de:

CSL Vifor

BUSINESS USE

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

Dentro del marco del value based health care se inicia el programa PROM Son Espases, para la medida de resultados en salud reportados por los pacientes, Patient Reported Outcomes Measurement (PROM), basado en los estándares disponibles del International Consortium Health Outcomes Measurement (ICHOM), y en otros. El proyecto se basa en una plataforma que permite comprender la salud de los pacientes desde su propia perspectiva. Tradicionalmente, los sistemas de salud y la medicina en general se han centrado en medir resultados clínicos concretos porque son mucho más fáciles de medir, pero para la mayor parte de la medicina la pregunta ya no es si alguien sobrevivirá, sino cómo será su vida después del tratamiento. Para ello el hospital identificó la necesidad de una plataforma digital (HUSE PROM TRACKER) que permita interactuar a los pacientes con el hospital para transmitir su percepción de resultados (basados en cuestionarios clínicos validados internacionalmente) y, al mismo tiempo, que permita integrar esta información en los sistemas de información hospitalarios (Historia Clínica Electrónica y sistema de análisis de datos, BI). Qué aporta: Permite parametrizar el registro de información Gestiona avisos a paciente y clínico Recoge la información estructurada tal como la define el estándar ICHOM Incorpora la información de forma digital: no papel, no intervención personal Integrada en la futura App del Hospital Son Espases Tras el desarrollo de cada patología la aplicación es de libre uso en el entorno del IB Salut, podrá descargársela en la App Store y en Google play Se puede encontrar en el siguiente vínculo una demostración de cómo funciona el PROM Tracker HUSE: https://www.youtube.com/watch?v=O7WhD88z_RQ

PUESTA EN MARCHA

Se inició el programa PROM HUSE con dos patologías: Cáncer Localizado de próstata y cataratas en el año 2021, en la actualidad se están desarrollando 5 patologías más: Parto, Desordenes psicóticos, Persona mayor, Fisura palatina, Degeneración macular, esclerosis múltiple y pie diabético. La experiencia ha sido muy positiva tanto en cuanto a la parte operativa como en cuanto al empoderamiento de los participantes. Experiencia operativa: Al paciente le llega una notificación a su teléfono inteligente para que rellene los cuestionarios adecuados en el momento adecuado, la ratio de respuestas y de adherencia ha sido positiva. Además, la usabilidad de la plataforma ha sido adecuada según los pacientes. Al clínico le llegan notificaciones mediante email para que incorpore la información necesaria en el momento adecuado en el historial clínico del paciente. Experiencia de empoderamiento: Después de recoger la impresión inicial se ha realizado un focus group con pacientes y clínicos, los resultados han sido muy positivos: Pacientes: Valoran positivamente la experiencia ya que se sienten empoderados, y escuchados, se está valorando lo que los importa. Clínicos: Por primera vez

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



tienen resultados de sus pacientes integrados en el historial clínico, de esta manera pueden entender mejor al paciente y gestionar su tratamiento o asistencia con más facilidad.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Nº de nuevas patologías medidas por el programa PROM para ser incorporadas en el próximo año. Objetivo: 6 patologías nuevas. Nº de pacientes cuyos PROM serán recopilados mediante la plataforma HUSE PROM Tracker. Objetivo: 2500 pacientes activos en el próximo año.

Nº de módulos de información reportados por el paciente en la historia clínica (Milenium+). Objetivo: 2 módulos por patología en el próximo año. Celebración del primer día PROM HUSE con Pacientes gestionados mediante esta herramienta, clínicos y staff del hospital implicados en el programa con el fin de compartir los resultados, experiencias y sugerencias.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones? Los principales cambios promovidos por el proyecto PROM HUSE son: Organizacionales: Al disponer de los primeros resultados, estos, permitirá rediseñar los protocolos de atención al paciente de acuerdo con los hallazgos obtenidos el primer año.

Motivacionales: El involucrar a los clínicos en el proceso de diseño y aplicación del programa PROM Son Espases ya ha generado un cambio en la atención aumentando la sensibilización de estos con lo que realmente importa al paciente.

Fidelizadores: La inclusión de los pacientes al programa ha logrado una mayor fidelización del paciente con el proceso y con el hospital, mejorando así su adherencia a los tratamientos post procedimiento. Mejora continuada: Los resultados permiten promover la mejora continuada de los procesos anteriores a los procedimientos como post procedimientos adaptándolos así a las necesidades de los pacientes.

PROPUESTAS DE MEJORA

Después de la fase de diseño y producción del proyecto se ha iniciado la fase 2 del programa que incorpora las siguientes mejoras: Añadir una capa en la APP del paciente para que pueda

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



ver sus resultados y los resultados del resto de participantes. Esta capa se incorporará utilizando el BI del hospital. Mejora y rediseño gráfico y UX de la APP y de la versión web con el fin de facilitar el uso de la plataforma a pacientes y clínicos, y así mejorar la adherencia. Incorporación de nuevas patologías al programa PROM Son Espases: La plataforma está en funcionamiento desde noviembre del 2021, para las patologías de: Cáncer Localizado de Próstata Cataratas En una segunda fase se han puesto en marcha las siguientes patologías: Parto Desórdenes psicóticos Persona mayor Fisura palatina Degeneración macular Esclerosis múltiple En una tercera fase se planea la incorporación a la plataforma de las patologías: Cáncer de mama Pie diabético Cáncer de pulmón Enfermedad de arteria coronaria Finalmente, se están realizando acciones de comunicación dentro del Hospital Son Espases para dar a conocer el programa a las diferentes unidades del hospital para promocionar los PROMs. Paralelamente se están estableciendo comunicaciones con otros hospitales para ofrecerles la plataforma.

OBSERVACIONES

La plataforma ha sido desarrollada gracias a la colaboración de varias entidades y unidades, y cumple con los siguientes requisitos básicos: Diseñada por el equipo ICHOM de HUSE: la plataforma ha sido diseñada por el grupo de funcionales (médicos, técnicos, y enfermería) del Hospital Universitario Son Espases, tomando como patologías piloto el Cáncer Localizado de Próstata y Cataratas Desarrollada con la FBIT: Fundación Balear de Innovación y Tecnología Canales: Web y App App disponible en Apple Store y Play Store Integrable en App's corporativas de los clientes Parametrizable para cada patología con criterios ICHOM Disponible en español, inglés y catalán

PROYECTO 66

ROMPIENDO MITOS EN RADIOLOGÍA: ELIMINACIÓN DE LAS AYUNAS PRECONTRASTE INTRA VENOSO Y CAMBIO DE GASTROGRAFÍN ORAL POR AGUA

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Morales Meseguer

Murcia

Autor/es: Dra. Ana Moreno Pastor, Dr. Enrique Girela Baena

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Área de salud

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Radiodiagnóstico

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre: El objetivo principal de la experiencia es simplificar la preparación de los pacientes antes de realizar un TC y/o RM con contraste intravenoso, eliminando las ayunas precontraste y sustituyendo la toma de gastrografín oral por agua. Las necesidades que se cubren, asociadas a este cambio, son evitar los daños potenciales de las ayunas (interrupción de toma de medicación habitual, deshidratación con el consiguiente aumento del riesgo de nefrotoxicidad, retraso de las pruebas, malestar y ansiedad generadas en el paciente) y los efectos secundarios del gastrografín (náuseas, vómitos, diarrea...), a la vez que se asegura una adecuada hidratación.

PUESTA EN MARCHA

La ayunas precontraste se prescriben de forma sistemática desde siempre, y tienen como único objetivo evitar la neumonía por aspiración. Desde el servicio de radiología se pone en duda su utilidad, por lo que se decide realizar una revisión de la literatura, objetivando que no existe una evidencia científica que avale esta medida, ya que, con los nuevos contrastes, no se han descrito casos de neumonía por aspiración. El gastrografín oral se utiliza de manera rutinaria en la gran mayoría de las TC tóraco-abdominales, sin embargo, produce efectos adversos gastrointestinales, principalmente diarrea, impide la adecuada valoración de la pared intestinal y obliga al paciente ambulatorio a acudir al servicio de radiología para recoger el contraste, a pesar de que su cita es telefónica. Ante esto, basándonos en la cultura del "NO HACER", y dado que la prescripción de ayunas y la toma de gastrografín es competencia del radiólogo, se decide eliminar las ayunas precontraste tanto a sólidos como a líquidos y sustituir el gastrografín oral por agua (excepto en casos muy concretos por razones técnicas o por protocolo específico). Se escribe el nuevo protocolo por una radióloga de urgencias y un radiólogo de abdomen, y se pone en consenso con el jefe de servicio y la supervisora de enfermería. La difusión y puesta en marcha tiene 2 fases:

En la primera fase, se difunde el protocolo a todo el personal del servicio de radiología (radiólogos, técnicos, enfermeros y administrativos), y una vez que todo el personal lo conoce, se insta para pacientes ambulatorios, el día 1 de marzo de 2022. Al personal administrativo se le da una información detallada que debe comunicar a los pacientes ambulatorios al citarle el estudio de manera telefónica. El personal de enfermería de radiología se encarga del registro de incidencias.

Al no detectarse ningún efecto adverso, se pasa a la segunda fase. Se difunde el protocolo a los supervisores de enfermería de las plantas de hospitalización, y el día 1 de abril de 2022, se aplica también para estudios de pacientes hospitalizados. El personal de enfermería de radiología da las instrucciones al personal de enfermería de planta, y continua con la labor de registro y

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



comunicación de incidencias. Hasta el día de hoy, se han beneficiado de este protocolo aproximadamente 7340 pacientes ambulatorios y 1597 pacientes hospitalizados.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?
Sí.

- Cuantificación de pacientes que han realizado ayunas y/o han tomado gastrografín sin prescripción, como indicador de falta de difusión del nuevo protocolo.
- Cuantificación de efectos adversos que puedan aparecer por no realizar ayunas (neumonía por aspiración). - Cuantificación de estudios de TC que deban repetirse, si por razones técnicas finalmente deban tomar gastrografín. - Ahorro económico por la eliminación del gastrografín oral.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Lección aprendida: En el proceso asistencial del paciente, existen determinadas intervenciones que se realizan por tendencia, moda o porque siempre se ha hecho así. Tener una actitud crítica ante nuestras competencias, permite eliminar intervenciones innecesarias, incluso perjudiciales, simplificando así el proceso al paciente y mejorando el uso de los recursos sanitarios.

Cambios y mejoras:

- Se ha eliminado la toma sistemática de gastrografín oral, el cual es sustituido por agua: con este cambio se evitan los efectos secundarios del contraste, se mejora la hidratación y por tanto se previene la nefrotoxicidad, y se evitan desplazamientos innecesarios del paciente, mejorando así, en conjunto, su comodidad y bienestar. Además, hay que añadir el ahorro económico que supone esta medida.
- Se ha eliminado la realización de ayunas precontraste de forma sistemática: con este cambio, los pacientes no interrumpen la toma de su medicación habitual (especialmente perjudicial en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica...), se evitan efectos secundarios de las ayunas tales como hipoglucemia,

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



náuseas y vómitos, se mantiene una adecuada hidratación, se evita desprogramar pacientes por falta de preparación, y se disminuye la ansiedad de los pacientes, que se muestran más colaboradores.

Logros: Aunque los resultados definitivos se medirán al año de la puesta en marcha del protocolo, hasta el día de hoy, se estima que se han beneficiado de este protocolo 7340 pacientes ambulatorios y 1597 pacientes hospitalizados. No ha habido ningún efecto adverso, no se ha tenido que repetir ningún estudio y sólo 2 pacientes han venido en ayunas, sin tener que estarlo. Además, ha habido un ahorro económico aproximado de 14.000 euros por la eliminación del gastrografín oral.

Conclusiones:

- No está justificada la prescripción sistemática de ayunas precontraste ni de gastrografín oral.
- Realizar ayunas implica una serie de actos que pueden perjudicar al paciente, y no realizarlas conlleva grandes ventajas.
- La toma de agua como contraste oral, permite una adecuada valoración de la pared intestinal y previene la nefrotoxicidad.

PROPUESTAS DE MEJORA

Una vez se analicen los resultados definitivos, al año, se valorará las posibles mejoras del protocolo. Si los resultados son los esperados, la principal mejora será ampliar la difusión del protocolo a otros servicios de radiología, para que puedan beneficiarse del mismo el mayor número de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Prescribing fasting before a radiological examination requiring the use of iodinated contrast media. Cirtaci. French Society of Radiology. Version 2, April 2005.
- Lee BY, Ok JJ, Abdelaziz Elsayed AA, Kim Y, Han DH. Preparative fasting for contrast-enhanced CT: reconsideration. Radiology. 2012 May;263(2):444-50. doi: 10.1148/radiol.12111605.
- Li X, Liu H, Zhao L, Liu J, Cai L, Zhang L, Liu L, Zhang W. The effect of preparative solid food status on the occurrence of nausea, vomiting and aspiration symptoms in enhanced CT examination: prospective observational study. Br J Radiol. 2018 Oct;91(1090):20180198.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350464/pdf/bjr.20180198.pdf>
- Barbosa PNVP, Bitencourt AGV, Tyng CJ, Cunha R, Travesso DJ, Almeida MFA, Chojniak R. JOURNAL CLUB: Preparative Fasting for Contrast-Enhanced CT in a Cancer Center: A

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



New Approach. AJR Am J Roentgenol. 2018 May;210(5):941- 947.

<https://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/AJR.17.19061>

- Wagner H, Evers J, Klose K. Must the patient fast before intravascular injection of a non-ionic contrast medium? Results of a controlled study. MedicineRoFo. 1997.
- Kim YS, Yoon SH, Choi YH, Park CM, Lee W, Goo JM. Nausea and vomiting after exposure to non-ionic contrast media: incidence and risk factors focusing on preparatory fasting. Br J Radiol. 2018 Jul;91(1087):20180107. doi: 10.1259/bjr.20180107.
- Tsushima Y, Seki Y, Nakajima T. et al. The effect of abolishing instructions to fast prior to contrast-enhanced CT on the incidence of acute adverse reactions. Insights into imaging. 2020. 11 (113).
- Neeman Z, Ata M, Touma E, Saliba W et al. Is fasting still necessary prior to contrast-enhanced computed tomography? A randomized clinical study. European Radiology. 2020.
- ESUR Guidelines on Contrast Agents. European Society of Urogenital Radiology. 2018.

PROYECTO 67

IMPLEMENTACIÓN DE ALGUNAS DE LAS RECOMENDACIONES DE ADECUACIÓN DE LA DEMANDA PROPUESTAS POR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE LABORATORIO AEBM-ML Y SEQC-ML

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Hospital Universitario de Burgos

Castilla y León. Burgos

Autor/es: María Rodríguez Albo

DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Análisis Clínicos

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

Según diversas publicaciones, se calcula que en torno a un 70% de las decisiones médicas se toman en base a resultados de laboratorio. Por ello, la determinación de pruebas no indicadas en ese contexto diagnóstico puede conllevar a decisiones inapropiadas. Además, algunos

258

Con la colaboración de:

CSL Vifor

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



estudios estiman que los costes de los laboratorios suponen entre un 3 y un 5% del presupuesto hospitalario. Nuestro objetivo principal es reducir las prácticas clínicas innecesarias, es decir, aquellas que no han demostrado eficacia, que tengan dudosa o nula efectividad y que no se consideren coste-efectivas o prioritarias. Con ello buscamos reducir, no sólo los costes, sino el impacto que pueden tener las sucesivas intervenciones en la seguridad del paciente.

PUESTA EN MARCHA

Desde diversas sociedades científicas como son la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) y la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC-ML), se han desarrollado una serie de recomendaciones para gestionar la demanda analítica y adecuarla a las necesidades clínicas. De todas esas recomendaciones, nosotros hemos puesto en marcha aquellas que creemos que tienen mayor repercusión clínica y económica.

No hacer CK-Mb en el laboratorio de urgencias. Implementada en marzo de 2017. Actualmente, según la evidencia científica, el mejor biomarcador para el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio es la troponina cardiaca; es por ello que el uso de la CK-MB queda obsoleto y no se considera que deba ser urgente su determinación.

No hacer HbA1c más de dos veces al año en pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a tres meses. Implementada en abril de 2018. Según la bibliografía publicada, en aquellos pacientes con buen control de la enfermedad es suficiente con determinar la HbA1c semestralmente. Sólo en casos excepcionales (cambio de tratamiento, alta inestabilidad) se pueden realizar controles cada 3 meses.

No realizar cribado poblacional de déficit de Vitamina D, mediante la concentración en suero de 25-dihidroxiVitamina D (Calcidiol). Implementada en abril de 2018. La determinación de Vitamina D está indicada solamente en caso de patología crónica que afecte al metabolismo de ésta.

No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos (A-TPO) en los pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad. Implementada en enero de 2019. El análisis de los anticuerpos antitiroideos nos ayuda en el despistaje entre las distintas patologías tiroideas, pero no aporta un diagnóstico definitivo ya que requiere pruebas complementarias. Además, no se ha demostrado que tenga correlación con la severidad de la enfermedad. Antes de su puesta en marcha, nos reunimos con los Servicios del hospital implicados y lo publicamos en la intranet para conocimiento de todos. Además, nos pusimos en contacto por correo electrónico para informar a Atención Primaria y a los hospitales comarcales de los que somos referencia.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 0

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 0

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Los indicadores que hemos utilizado son los recuentos de pruebas no realizadas durante los años del proceso y el ahorro supuesto para el sistema.

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

Los resultados son los siguientes:

CK-Mb. Las determinaciones de CK-Mb de manera urgente descendieron notablemente desde las 10.683 realizadas en 2016 (previo a la experiencia) a las 4 realizadas el pasado 2021. Además, el ahorro total desde el año 2016 hasta el año 2021 ha sido de 22.369€. • HbA1c. A pesar de la implementación de esta recomendación, la demanda de solicitudes de hemoglobina glicosilada ha aumentado este último año respecto a los anteriores. Aun así, gracias a la regla de rechazo que hemos creado para no realizar aquellas peticiones con solicitud inferior a 6 meses, hemos logrado un ahorro de 17.352,10€.

Vitamina D. Al igual que con la hemoglobina glicosilada, las solicitudes de vitamina D han aumentado el pasado año. Una vez más, gracias a la regla de rechazo hemos obtenido un ahorro de 65.854,59€.

A-TPO. En este caso, las determinaciones de anticuerpos antitiroideos han descendido de las 8.249 realizadas en 2018 a las 4.888 realizadas en 2021. Con la implementación de la regla de rechazo hemos conseguido un ahorro de 11.862,90€. Gracias a la puesta en marcha de estas recomendaciones no sólo hemos obtenido un ahorro considerable (117.438,44€) sino que, además, hemos participado en la formación de los clínicos sobre el papel del laboratorio en el diagnóstico y hemos contribuido a la concienciación de los pacientes de que someterse a pruebas innecesarias tiene sus riesgos.

PROPUESTAS DE MEJORA

Nos gustaría poder eliminar por completo las solicitudes de CK-Mb urgentes y conseguir reducir las solicitudes de Hb1Ac y de vitamina D. Además, también valoramos la posibilidad de implementar otras recomendaciones que nos ayuden a seguir reduciendo el gasto y a aumentar la eficiencia de nuestro laboratorio.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



BIBLIOGRAFÍA

- Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. J Am Coll Cardiol. 2014; 64: e139-228 o Makam AN, Nguyen OK, Use of cardiac biomarker testing in the emergency Department. JAMA Inter Med. 2015; 175:67-75 o International Myeloma Working Group updated. Criteria for the diagnosis of multiple myeloma. Lancet Oncol. 2014; 15: 538-48
- Miravittles M, López-Campos JL. Monogr Arch Bronconeumol. 2018 (5) : 172 o American Diabetes Association. Clasificación and diagnosis of diabetes. Sec.2. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2015 (suppl.1): S8-S16 o Vitamin D Deficiency in Adults: When to Test and How to Treat. 2010 / Mayo Clinic Procedures; 85(8):752-758. o Implementation of an intervention to reduce population based screening for vitamin D deficiency: a cross-sectional study. Enero 2017 / CMAJ Open. 17; 5(1):E36-E39. o Vitamin D deficiency – Is there really a pandemic? Noviembre 2016 / New England J. Med. 10; 375(19):1817-1820.
- De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2012;97(8):2543-65.
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid 2012;22(12):1200-35

PROYECTO 68

CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE MATERIAL GRÁFICO PARA LA PROMOCIÓN DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES EUROPEAS DE CONSENSO RELATIVAS AL USO DE BLINDAJES ADICIONALES SOBRE LOS PACIENTES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-RADIOLÓGICOS

DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

Especialidades

Comunidad de Madrid. Madrid

Autor/es: SEPR-SERAM-SEFM-SEGRA

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Hospital

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Radiodiagnóstico

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Menos de una semana

Objetivo y necesidad que cubre: El material divulgativo permite acercar al paciente y al profesional sanitario el posicionamiento europeo sobre la necesidad o no de utilizar blindajes adicionales sobre los pacientes en los procedimientos de imagen para el diagnóstico como, por ejemplo, la utilización de protectores gonadales en radiología pediátrica, protectores tiroideos en mamografía, etc.

Periódicamente circula entre los ciudadanos/pacientes información que recomienda el uso de estos blindajes, sin disponer dicha recomendación de ningún aval científico ni técnico. Más bien al contrario, el uso de estos blindajes adicionales motiva con frecuencia la repetición de pruebas por aparición de artefactos y disminución de la calidad diagnóstica de la imagen. Esto, unido a la posible interferencia de los blindajes con los sistemas automáticos de exposición de los que disponen los equipos, conlleva un incremento innecesario de la dosis recibida por el paciente. Sin la adecuada información, los pacientes pueden sentir frustración ante la negativa a usar blindajes de protección por parte de los profesionales sanitarios, que no suelen disponer del tiempo necesario para explicar la motivación de esta negativa. Esta situación contribuye a erosionar la relación entre las instituciones sanitarias y sus usuarios, pudiendo darse el caso de llegar a rechazar la realización de dichos procedimientos diagnósticos.

El ámbito en el que impacta la experiencia es, además del hospitalario, el de los centros de atención primaria, las urgencias y las clínicas dentales. El público al que se dirige incluye, además de los profesionales sanitarios, los pacientes, ciudadanía y familia-cuidadores. Con el material divulgativo elaborado se pretende: - empoderar al profesional dotándole de documentos fácilmente entendibles y respaldados por las sociedades científicas implicadas en los que apoyarse para hacer recomendaciones sobre la conveniencia o no de utilizar estos blindajes adicionales. - empoderar al paciente, a través de la información y del fomento del diálogo con el profesional sanitario sobre los riesgos/beneficios de su exposición a las radiaciones ionizantes y sobre el uso de estos blindajes adicionales. - mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios y contribuir a la optimización de las dosis recibidas por los pacientes al disminuir la repetición innecesaria de pruebas. - mejorar la experiencia del paciente y aumentar su confianza en los prestadores de asistencia sanitaria.

CASOS PRÁCTICOS BAJO LA ESTRATEGÍA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



PUESTA EN MARCHA

El material divulgativo (tabla resumen, tríptico, póster, vídeo y presentación) ya ha sido elaborado y está siendo difundido por las sociedades científicas implicadas en los centros sanitarios, entre sus asociados y entre la comunidad de personas interesadas que cada una tiene en las redes sociales. Se encuentra prevista la presentación del material divulgativo en congresos de especialidades médicas y odontológicas, y continuar su difusión entre las asociaciones de pacientes. También está previsto circular un cuestionario entre los servicios de Protección Radiológica y Radiofísica, Unidades Técnicas de Protección Radiológica (UTPR) y servicios en los que se realizan procedimientos radiológicos para evaluar el impacto de la experiencia.

IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

RESULTADOS

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?

Si. Nº descargas del material divulgativo. Otros (a desarrollar en cuestionario)

¿Lecciones aprendidas? ¿Cambios/mejoras importantes realizadas? ¿Logros? ¿Conclusiones?

La importancia de la sinergia de sociedades, la dificultad de romper con prejuicios profesionales, la buena acogida de este tipo de materiales. Entre los logros puede destacarse que con todas las acciones de difusión emprendidas hasta el momento se ha hecho llegar la información a varias decenas de miles de personas. La presencia de este tipo de material refuerza la autoridad de los profesionales y la confianza de los usuarios en el sistema sanitario en general.

PROPUESTAS DE MEJORA

Extender la iniciativa a otras recomendaciones relacionadas con la seguridad del paciente en las especialidades diagnósticas y terapéuticas que utilizan radiaciones ionizantes.

BIBLIOGRAFÍA

European consensus on patient contact shielding. Physica Medica: European Journal of Medical Physics (<https://doi.org/10.1016/j.ejmp.2021.12.006>)