

# 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 2022 BAJO LA ESTRATEGIA DEL "NO HACER" Y LAS BUENAS PRÁCTICAS (CANOHA)

---

Septiembre de 2023

# 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## I. PRESENTACIÓN

Desde hace años, son numerosas las sociedades científicas, agencias de calidad y revistas que elaboran recomendaciones para dejar de hacer prácticas clínicas no soportadas por evidencia o que no aportan suficiente valor. Sin embargo, en el entorno organizativo de la Gestión Sanitaria, la gestión basada en la evidencia se encuentra en fases muy iniciales, ya que implica integrar la evidencia científica con la experiencia individual en el contexto de las características de la organización.

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.

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

# 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 (SEDISA)**

# 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), de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), puesto en marcha en 2022, 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.

Asimismo, 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 Ezkerraldea 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<sup>a</sup> 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.

Durante 2022 se publicaron en la plataforma creada para tal fin ([Canoha - Casos prácticos bajo la estrategia del "No hacer" \(sedisa.net\)](#)) un total de 31 casos de éxito, habiendo recibido el

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



reconocimiento a los mejores **Gamificación digital para promover las 'Recomendaciones No Hacer'** del Servicio de Medicina Preventiva y Salud pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid (Proyecto 30 del presente documento) y **Rompiendo mitos en Radiología: eliminación de las ayunas precontraste intravenoso y cambio de gastrografín oral por agua del Hospital Morales Meseguer de la Región de Murcia (Proyecto 3 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:



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## III. PROYECTOS PRESENTADOS

### PROYECTO 1

#### 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

Autor/es: SEPR-SERAM-SEFM-SEGRA

##### 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## **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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## RESULTADOS

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. Nº descargas del material divulgativo. Otros (a desarrollar en cuestionario)

### Lecciones aprendidas y 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.

## OBSERVACIONES

Adicionalmente al material incluido en los documentos adjuntos, se ha publicado un video en Instagram: [https://www.instagram.com/tv/CaAqQvtLCI9/?utm\\_medium=copy\\_link](https://www.instagram.com/tv/CaAqQvtLCI9/?utm_medium=copy_link)

## BIBLIOGRAFÍA

- European consensus on patient contact shielding. Physica Medica: European Journal of Medical Physics (<https://doi.org/10.1016/j.ejmp.2021.12.006>)

## PROYECTO 2

### 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

Autor/es: María Rodríguez Albo

# 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: 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 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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.

## 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

Conseguidos

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 y 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 €.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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.

## 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
- 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
- Vitamin D Deficiency in Adults: When to Test and How to Treat. 2010 / Mayo Clinic Procedures; 85(8):752-758.
- 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.
- 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 3

### ROMPIENDO MITOS EN RADIOLOGÍA: ELIMINACIÓN DE LAS AYUNAS PRECONTRASTE INTRAVENOSO 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

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sólidos como a líquidos y sustituir el gastrográfin 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 instaura 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 citarles 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 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

Esperados

Recursos utilizados: Recursos Humanos

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

- Cuantificación de pacientes que han realizado ayunas y/o han tomado gastrográfin 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).

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 y 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 mediación habitual (especialmente perjudicial en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica...), se evitan efectos secundarios de las ayunas tales como hipoglucemia, 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, I 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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.

## OBSERVACIONES

No se han utilizado recursos extras adicionales en la implantación de esta experiencia.

## 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 New Approach. AJR Am J Roentgenol. 2018 May;210
- 941- 947. <https://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/AJR.17.19061> 5.- 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 alls. 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)



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 4

### PROM TRACKER HUSE

---

#### DATOS GENERALES

Experiencia en el área de diagnóstico.

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: Urología y Oftalmología

Público al que se dirige: Pacientes

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).

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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](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, esclerosos 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 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Experiencia de usuario: 3

## RESULTADOS

Esperados

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 y 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 si 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 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 Desordenes 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

## BIBLIOGRAFÍA

Desarrollo Interno

## PROYECTO 5

### NO HACER VISITAS PREOPERATORIAS AL HOSPITAL ANTES DE LA CIRUGÍA

## DATOS GENERALES

Experiencia en el área de cirugía.

Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid

**Autor/es:** Francisco Reinoso-Barbero, Pascual Sanabria, Susana Noval, Javier Cobas

# 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: 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 5.186 pacientes pediátricos en el hospital Infantil de La Paz de Madrid, de los cuales lo fueron en régimen CMA el 53,6% (2.138 pacientes) y 1.196 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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](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 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## RESULTADOS

Conseguidos

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
- 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 y 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:

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Fueron incluidos en el protocolo de “no hacer” 812 pacientes programados para CMA de un total de los 1.861 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 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 €.
- 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 CO<sub>2</sub> (Tn CO<sub>2</sub>) (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 CO<sub>2</sub> menos por paciente. El impacto de esta medida supondría una reducción anual de 61 Tn CO<sub>2</sub> cuando la Huella de Carbono Total del HU La Paz es de 31.267 Tn CO<sub>2</sub>.
- 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 acarrearían riesgos para el paciente (SINOIRES).
- 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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-cirurgia-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"

## 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.

## BIBLIOGRAFÍA

Se incluye en el texto como links a las webs de referencia.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 6

### 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.

#### 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).

# 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

Esperados

Recursos utilizados: Recursos Humanos

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

Lecciones aprendidas y 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.

## BIBLIOGRAFÍA

- Routine preoperative tests for elective surgery. NICE guideline. Published 5 April 2016. [Nice.org.uk/guidance/ng45](http://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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 7

### 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 Giménez, 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

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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:

1. 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;
2. Orienta la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados;
3. Prioriza las circunstancias de cada paciente y
4. Le empodera para que participe activamente durante su preparación para una cirugía mayor y conseguir una óptima recuperación:
  1. 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.
  2. 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 prehabilitación 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.
  3. La priorización de las circunstancias de cada paciente incluyen 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.
  4. 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 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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), 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 mórficos. 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 (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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

Conseguidos

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.

## Lecciones aprendidas y conclusiones

Lecciones aprendidas:

1. Es posible modificar la práctica clínica y abandonar prácticas rutinarias de poco valor sin impacto negativo en los resultados, si no lo contrario;
2. Los pacientes quieren y pueden trabajar conjuntamente con los profesionales sanitarios para mejorar los resultados de su cirugía;
3. La comunicación y el trabajo interdisciplinar mejora los resultados en salud y facilita y 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);
5. Automatización de algunas acciones a través de preconfigurados;

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



6. Incorporación de Patient Reported Outcome Measure (PROM) y Patient Reported Experience Measure (PREM) a través de una plataforma multicanal.

Logros:

1. 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 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. 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);
2. Eliminación de prácticas obsoletas relacionadas con la cirugía;
3. Reducción de la variabilidad en la práctica clínica;
4. Impulso a la investigación en el ámbito quirúrgico;
5. Servir de modelo para otros centros del Institut Català de la Salut que ahora están implementando el RIC;
6. Ser reconocidos como centro de excelencia nacional en RIC y estar acreditados por la ERAS Society a nivel mundial.

## PROPUESTAS DE MEJORA

1. 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
- 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 8

**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<sup>a</sup> 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del 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

## RESULTADOS

Conseguidos

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 y 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 9

### 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 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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. Las intervenciones de enfermería estarán compuestas por diferentes talleres en función del ámbito de intervención ya descritos. 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 de 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

Esperados

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 y 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](http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf)
- 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.
- 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
- 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



- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- Protocolo y plan funcional de la unidad
- 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
- 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 10

### 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

# 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: 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.

## 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

Esperados

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 > o = a 80% de los casos con puntajes sobre 35 en la escala.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Lecciones aprendidas y 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://decision compartides.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.
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.

## 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.



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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> 5. 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.j4891 pmid: <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](https://www.glynelwyn.com/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
- 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## PROYECTO 11

### TERAPIA OCUPACIONAL EN DOMICILIO PARA PACIENTE FRÁGIL

#### DATOS GENERALES

Experiencia en el área de tratamiento clínico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. Comunidad de 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.

#### 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos materiales

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

- 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 y 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 12

### 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 material validado y supervisado por miembros del Hospital Universitario del Vinalopó. Además, incluye un chat directo con el equipo nutricional.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## 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

Esperados

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 y 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## 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." National 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, María 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](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). (1) Zrim S, Furlong T, Grace B, Meade A.
- Body mass index and postoperative complications in kidney transplant recipients. Nephrology (Carlton) 2012;17:582-7. (2) 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 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 13

### 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 Invencio 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## RESULTADOS

Conseguidos

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 y 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 intervención un 26,0% y un 28,0%, respectivamente.

Se disminuyeron de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$  t-test para datos apareados), las DDDs por paciente y día (de  $14,9 \pm 7,1$  a  $11,2 \pm 6,5$ ) y los DOTs por paciente y día (de  $10,3 \pm 5,2$  a  $7,5 \pm 4,2$ ). Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere cómo la conciliación antimicrobiana en la transición del alta, realizada por un PROA hospitalario, resulta una medida eficaz en la optimización de la terapia, al poder reducir en una cuarta parte la posibilidad de exposición a antibióticos.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Extensión de la metodología sobre el total de servicios del hospital y hospitales de agudos de nuestra región sanitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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
- 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
- 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- door\\\": is there role for antimicrobial stewardship interventions for antimicrobial therapy prescribed on hospital discharge?. BMC Infect Dis. 2018; 18: 225
- Daniels LM, Weber DJ. Interventions to improve antibiotic prescribing at hospital discharge: A systematic review. Infect Control Hosp Epidemiol. 2021;42: 96-9
  - 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
  - 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
  - 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
  - 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
  - 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
  - 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 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
  - Nelso GE. Another Key Moment for Antimicrobial Stewardship: Hospital Discharge. Clin Infect Dis. 2020; 71: 1240-2
  - 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.
  - 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
  - Vaughn VM, Gandhi TN, Chopra V et al. Antibiotic overuse after hospital discharge. A multi-hospital cohort study. Clin Infect Dis. 2020; ciaa1372.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 14

### 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

#### 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 /pediatra referentes del futuro bebé). Esta visita se realiza en el tercer trimestre de

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 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

Esperados

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 y 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## 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;
- 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
- September 2016 :e 20162015 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
- 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 15

### 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. 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:

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 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.

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.

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 2

## RESULTADOS

Conseguidos

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.
- 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Población entre 0 y 24 meses diagnosticada de bronquiolitis/ nº de población entre 0 y 24 meses atendida.

Lecciones aprendidas y 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.

## 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.

## PROYECTO 16

### 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.

# 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: 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.

## 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

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos materiales

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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 y 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.

## 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## 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  $\beta$ -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
- Hammond A, Stuijzfand 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.
- 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 17

### 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 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

# 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

Esperados

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.

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PROYECTO 18

### 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sistema sanitario, mediante la práctica fundada en la evidencia 3.2. Objetivos específicos a. Establecer un sistema de análisis epidemiológico real y continuo. b. Racionalizar el gasto sanitario en materiales para las curas de las FC. c. Desarrollar un plan integral de formación continuada en FC. d. 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. e. Asesorar en el campo de las FC, a los EAP, residencias, centros socios sanitarios, asociaciones y usuarios. f. 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 UFECAP.
- 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 UFECAP.
- 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



electrónica (HCE) siguiendo la 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

Conseguidos

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 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 UFECAP 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 en 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Internacional. Trabajos reconocidos con un segundo premio a la mejor comunicación oral en el XXXII Congreso Nacional de Enfermería Vascul 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.

- 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 UFECAP 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 y 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## 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](http://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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.
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 skin conditions and diseases in the aged. *J Tissue Viability.* 2017 Feb;26(1):6–19.

## PROYECTO 19

### 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

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del 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.

## 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-

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. Número de reuniones anuales del Comité MAPAC

Lecciones aprendidas y 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 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

## PROYECTO 20

### 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<sup>a</sup> 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

Esperados

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. Cuestionarios recibidos a través de la página web <https://importas.org/>

Lecciones aprendidas y 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## BIBLIOGRAFÍA

La página web tiene un apartado final denominado "\\\"repositorio\\\"\" en el que se recogen diferentes archivos documentales en los que se ha basado la realización de este proyecto.

## PROYECTO 21

### 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: Geriátría

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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].

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,

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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 cardíaca, enfermedad 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

# 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: 3

Experiencia de usuario: 3

## RESULTADOS

Conseguidos

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 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 y 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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>
2. 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/>
3. 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.
4. 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/>
5. 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/>
6. 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/>
7. 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703869/> 8. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ Qual Saf 2015;=:1-3

## PROYECTO 22

### 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, JA.Fernández Rial, R.Suarez Gil, E.Casariego Vales, LA.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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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:

- 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 sobreatamiento 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, Geriatría, 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, resolutoria y eficiente.

# 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: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

## RESULTADOS

Conseguidos

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 y 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

1. 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](http://www.msssi.gob.es)

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



2. 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.
4. Xunta de Galicia. Estrategia Gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. 2018;94.
5. 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.
6. 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 23

### 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.
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

Esperados

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)

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Visitas innecesarias (en relación a control de factores de riesgo vascular)
- Adherencia al tratamiento (>80%).
- Días sin rehabilitación

Lecciones aprendidas y 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 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 tele rehabilitación 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## 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>

## PROYECTO 24

### 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 Millán, 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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) 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.



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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.

La población diana de este proyecto se define mediante la 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:

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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



3. Presentación para realizar la difusión a los profesionales de los diferentes EAP.
4. Vídeo de difusión del proyecto a los profesionales.

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 (campaña de la gripe, olas COVID, vacaciones profesionales, gestión de la demanda al día, etc.):

1. Programación de pruebas diagnósticas necesarias para el seguimiento de la/s enfermedad/es crónica/s que afectan a la persona
2. Programación de visitas de seguimiento con lideradas por enfermería.
3. Establecer planes de visitas anuales individualizados según las enfermedades crónicas que afectan a la persona: Diseño de planes de visitas anuales según principales patologías (en formato papel y en formato digital)
4. Promover la equidad del sistema con líneas estratégicas de trabajo escalables a los diferentes EAP del Área Metropolitana Sud.
5. 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
6. 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 médico de familia como consultor.
7. 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.
8. Aumentar la satisfacción en la atención tanto los pacientes crónicos como del resto de la población
9. Proponer en base a los resultados obtenidos acciones de mejora si fueran necesarias.
10. 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.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 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

## 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- b. Información del proceso de implementación a los miembros del grupo.
  - c. 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.
  - b. Cómo implementar el nuevo modelo teniendo en cuenta las dinámicas de trabajo del EAP
  - c. 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.
  - d. 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:
- a. De salud por procesos: 1. Enfermedad Cardiovascular 2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes Mellitus tipo II 4. Enfermedad Obstructiva Crónica 5. Dislipemia / Hipercolesterolemia
  - b. De accesibilidad 1. A las 48 horas 2. A los 5 días 3. A los 10 días
  - c. 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

Conseguidos

Recursos utilizados: Espacio/Infraestructuras

# 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. Indicadores:

- a. De salud por procesos: 1. Enfermedad Cardiovascular 2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes Mellitus tipo II 4. Enfermedad Obstructiva Crónica 5. Dislipemia / Hipercolesterolemia
- b. De accesibilidad 1. A las 48 horas 2. A los 5 días 3. A los 10 días

Lecciones aprendidas y 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 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 proactiva 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

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 promociona 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. 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 25

### HOSPITAL ONLINE (HOL)

#### DATOS GENERALES

Experiencia en el área de gestión sanitaria.

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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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, 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

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



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

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos materiales

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

1- Número de consultas

2- Número de usuarios que lo utilizan

3- Número de nuevos indicadores que se añaden a la plataforma

Lecciones aprendidas y 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



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



“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.

## BIBLIOGRAFÍA

Desarrollo interno

## PROYECTO 26

### EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN TRASPLANTE DE PÁNCREAS Y RIÑÓN: UN ENFOQUE METODOLÓGICO PARA INNOVAR Y MEJORAR EL PROGRAMA ESTABLECIDO

#### DATOS GENERALES

Hospital Clínic Barcelona. Cataluña. Barcelona

Autor/es: Beatriz Bayés, Pedro Ventura, Joan Escarrabill

#### 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: Un mes

Objetivo y necesidad que cubre:

El objetivo de este estudio es integrar la experiencia del paciente (XPA) en la evaluación asistencial cualitativa y en el diseño de un prototipo que permita mejorar el Programa de

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Trasplante de Riñón y Páncreas del Hospital Clínic de Barcelona (HCB). El programa de trasplante reno-pancreático del HCB tiene más de 30 años. Un 60% de los pacientes son de fuera de Cataluña.

## PUESTA EN MARCHA

La experiencia del paciente (XPA) aporta valor. El Pla de Salut 2021-26 apuesta firmemente por la atención centrada en el paciente. Para ello es necesario incorporar nuevas metodologías de trabajo y nuevas tecnologías, así como acompañar el sistema de cambio y adaptación a las necesidades de las personas en la planificación, organización y la gestión. Para la puesta en marcha de nuestro proyecto fue necesario:

1.-Formación de los profesionales en el concepto de XPA y en la implantación sistemática de un programa XPA. Para que el programa pueda realizarse es imprescindible la motivación e implicación de los profesionales, así como el respaldo de la Dirección.

2.-Definir la metodología (4 fases): a) entender el problema e identificar las necesidades no cubiertas, b) explorar y valorar la magnitud del problema, c) definir y co-diseñar propuestas de mejora, d) definir indicadores y evaluar. Para entender el problema e identificar necesidades no cubiertas fue necesario definir arquetipos de pacientes, realizar el viaje del paciente, entrevistar a pacientes, así como un gran trabajo de equipo por parte de los profesionales (nefrólogos, cirujanos, endocrinólogos, enfermería).

3.-Una vez identificadas las necesidades no cubiertas se definieron las propuestas de mejora (co-creación):

a) Mejorar la información que se le facilita al paciente - creación de cápsulas informativas (videos informativos ilustrados y animados con información pactada entre todos los profesionales y validada como comprensible por el paciente). Se describe el viaje del paciente de modo coherente y claro. Los videos informativos fueron validados por AQuAs (agencia de qualitat i avaluació sanitària) como un instrumento de decisión compartida

b) Mejorar la coordinación y la accesibilidad:

b.1) Mejorar la coordinación de las exploraciones complementarias (realizar todas las exploraciones concentradas en un mismo día (gran trabajo del administrativo que realiza la gestión de pacientes).

b.2) Implantar la figura del "voluntario navegador" que acompaña al paciente a todos los departamentos en su primer contacto por el hospital

b.3.) Hotel Salud - Nuevo modelo asistencial, especialmente importante para los pacientes de fuera de Barcelona, que permite evitar estancias hospitalarias.

## IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Impacto socio-sanitario: 3

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 2

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 3

## RESULTADOS

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos materiales

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

Cuantitativos:

1.-Reducir el tiempo hasta la inclusión del paciente en lista de espera para trasplante (7'5 meses en 2019- 2 meses en 2021)

2.-Reducir el número de desplazamientos (e indirectamente de costos para el paciente) necesarios durante el periodo de estudio del paciente (7'3 desplazamientos en 2019 - 4 desplazamientos en 2020).

Cualitativos: Encuesta realizada a pacientes y familiares sobre su estancia en el hotel salud.

Destacaría como aspectos relevantes:

1.- Buena atención y soporte por parte de la unidad de hospitalización a domicilio.

2.-Sensación de seguridad y confianza en el hotel.

Lecciones aprendidas y conclusiones:

El proyecto permitió Mejorar la calidad percibida por los pacientes Mejorar la comunicación con el paciente. Todos los pacientes reciben la información relevante respecto a las citas, la reserva del hotel, el voluntario navegador y toda aquella información necesaria para entender el proceso asistencial antes de cada visita. Se mandan los videos informativos con código QR.

- Mejorar la accesibilidad de los pacientes (CSUR)
- Poner en marcha un nuevo modelo asistencial - Convenio con infraestructura hotelera (HotelSalud). Fue muy importante porque permitió en plena época covid seguir con el programa. Gracias al hotel salud evitábamos el contagio de los pacientes y no necesitábamos camas hospitalarias. La estancia en el hotel es gratuita para el paciente.
- Mejorar la satisfacción de profesionales, pacientes y también de los voluntarios. Muy importante el papel de los voluntarios como un agente de salud.
- Objetivar el valor de la XPA Difusión / Investigación científica

Hemos aprendido:

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 1.-Debe pensarse un proyecto grande y amplio, pero hay que empezar por algo pequeño y manejable e ir avanzando de manera ágil y con una actitud abierta y flexible que permita consolidar el proyecto.
- 2.-Es clave el compromiso de los profesionales y la dirección
- 3.-Los pacientes son unos grandes colaboradores en los proyectos de mejora de la asistencia. Saben muy bien lo que quieren y necesitan.
- 4.-Implantar un proyecto centrado en la XPA supone un cambio cultural en la organización.

Resultados indicadores y encuestas cuantitativos:

- Mejora del tiempo de estudio hasta la inclusión en lista de espera y reducción del número de desplazamientos al hospital necesarios durante el periodo de estudio.
- Encuesta satisfacción hotel salud: destaca la seguridad y confianza con el equipo que atiende en la infraestructura hotelera. Presentados en el artículo publicado que se adjunta.

## PROPUESTAS DE MEJORA

- 1.- Todo y que se identificó la necesidad nos faltó actuar a nivel de los hábitos de conducta (tabaco, alcohol, drogas, ejercicio...) para conseguir una atención integral. Destacaría la necesidad de la deshabituación tabáquica. Es inadmisibles que un paciente diabético con insuficiencia renal que va a ser sometido a un trasplante doble siga fumando. En julio 2022 se inició la formación a la IPA (enfermera de práctica avanzada) para iniciar el proyecto de deshabituación tabáquica.
- 2.-Mejorar la comunicación virtual con la creación de un comité multidisciplinar.

## OBSERVACIONES

Mejorar la XPA no es una opción, sino una necesidad en aquellas instituciones sanitarias que buscan la excelencia y crear un vínculo con el paciente. El proyecto se dirige a profesionales y pacientes. El Hotel Salud fue una apuesta estratégica del Hospital Clínic que se ha consolidado en otras patologías. No hay innovación sin riesgo, pero el riesgo es no innovar (X Marcet) por eso creemos es esencial innovar en servicios para mejorar la XPA Adjunto referencia de youtube para visualizar los videos informativos y los videos sobre el programa y la labor del voluntario navegador:

- 1.-Aula Clinic - Hospital Clínic of Barcelona. [Living with... a kidney-pancreas transplant] - YouTube [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 15]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=SvWNYatVLJw>

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



2.-Ventura-Aguar P. [Infographics on the pancreas transplant] [Internet]. 2021. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=rQ7CETBVHa0&list=PLpKd5Z54LopmX9BhAmEJypS\\_kmRyOkDWj](https://www.youtube.com/watch?v=rQ7CETBVHa0&list=PLpKd5Z54LopmX9BhAmEJypS_kmRyOkDWj)

3.-Shared Patient eXperience. SPX Award - Patient experience in pancreas transplantation [Internet]. 2021. [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=gFL05Vccy-A>

4.-Hospital Clínic de Barcelona. [Volunteer guide service for transplants] [Internet]. 2021. [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=cdGwh3WghWk> Artículo publicado por Pedro Ventura-Aguar en Transpl Int 35:10223 (2022).

## BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía relevante está en el artículo publicado que se ha adjuntado Pla de Salut 2021-26

## PROYECTO 27

### CICLO: PROYECTANDO HUMANIZACIÓN: ESPACIOS SALUDABLES Y ACCESIBLES (PH)

#### DATOS GENERALES

Servicios Centrales de la Vicepresidencia 2ª y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Extremadura. Badajoz

Autor/es: Subdirección de Cuidados y Humanización (DG de Asistencia Sanitaria-SES. DG de Accesibilidad y Centros. DG de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Socio Sanitaria (FUNDESALUD), pertenecientes a la Vicepresidencia 2ª y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Colegio Oficial de Arquitectos de Extremadura (COADE).

#### DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Servicios centrales

Áreas y/o niveles asistenciales implicados: Especialidades

Área de especialidad médica: Atención Primaria, Oncología Radioterápica, Hospital de día de Oncología, Servicio de Accesibilidad y Centros, etc.

Público al que se dirige: Ciudadanía

Tiempo de desarrollo: Dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

NECESIDAD Acceder a espacios sanitarios puede conllevar una carga emocional debido a la incertidumbre, el desconociendo y porque la salud es el bien más importante. La humanización de los espacios facilita la accesibilidad en el más amplio sentido de la palabra, son piezas claves

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



para crear espacios amables, acogedores que puedan repercutir positivamente en la tarea de los profesionales y el bienestar de las personas. Poner en común las perspectivas desde la concepción de espacios y su uso, la salud, las personas usuarias y sus familiares es esencial para contribuir a definir las características que deben tener los espacios para una atención de calidad. Arquitectura sanitaria que sana, al servicio del paciente y los profesionales de la salud, desde la perspectiva de los diferentes actores implicados.

En este sentido, la FINALIDAD de nuestra propuesta persigue difundir las buenas prácticas en el diseño y construcción de los espacios sanitarios y en los procesos de humanización de la asistencia sanitaria (como eslabones de una misma cadena), poniendo el valor para conseguir este fin, redes colaborativas.

El resultado de esta iniciativa participativa, divulgativa, y de sensibilización desde visiones poliédricas, nos encamina a HACER lugares saludables, inclusivos y amables, sentando las bases para construir una futura Cultura del NO HACER: espacios no humanizados, procesos no centrados en la persona y familias, el no cuidado de profesionales...evitando actuaciones correctivas que no aportan eficacia profesional, social, humana y económica tales como son los esfuerzos organizativos, de gestión, rehabilitación y rediseños adaptativos de edificios sanitarios por no ajustarse a los parámetros de humanización y accesibilidad.

Objetivos:

- Potenciar la accesibilidad y la humanización de los espacios.
- Establecer vínculos que unan la accesibilidad universal con la humanización de espacios.
- Conocer diferentes iniciativas que se están llevando a cabo para accesibilidad y humanización de los espacios.
- Compartir las reflexiones en torno a la accesibilidad y la humanización de los espacios desde diferentes puntos de vista.

## PUESTA EN MARCHA

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA CICLO: PROYECTANDO HUMANIZACIÓN: ESPACIOS SALUDABLES Y ACCESIBLES (pH), diseñado en diversos Webinars de 2 horas cada uno con profesionales de la Salud (SES), profesionales de la Arquitectura, Pacientes, Familiares y Asociaciones y patrocinado por industria farmacéutica. El primero desarrollado en con el título: Accesibilidad = Espacios + Humanización. 05.11.2021.

<https://www.youtube.com/watch?v=Z6oOozlrYRc>

[https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Accesibilidad%20Universal/Documentos/PROGRAMA%20-%20CICLO%20PROYECTANDO%20HUMANIZACION.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Accesibilidad%20Universal/Documentos/PROGRAMA%20-%20CICLO%20PROYECTANDO%20HUMANIZACION.pdf)

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



El segundo denominado: Accesibilidad= Espacios + Humanización: Proceso oncológico. 06.07.2021.

<https://www.youtube.com/watch?v=-UwgwHNqga4>

[https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Accesibilidad%20Universal/Documentos/PROGRAMA%20-%20CICLO%20PROYECTANDO%20HUMANIZACION%20WEBINAR.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Accesibilidad%20Universal/Documentos/PROGRAMA%20-%20CICLO%20PROYECTANDO%20HUMANIZACION%20WEBINAR.pdf)

Nuestra propuesta se centra en continuar con el ciclo de mesas de experiencias y diálogos abordando nuevas temáticas sobre procesos clínicos específicos y su relación con los espacios en los que se desarrollan a través de una webinar que aborde la humanización, accesibilidad, diseño de las Unidades Especiales como Cuidados Intensivos, Urgencias..., desde la vivencia emocional de cada uno de los protagonistas del proceso y teniendo en cuenta las capacidades de las personas usuarias. El ciclo concluiría con una jornada presencial de ámbito nacional que impulse las buenas prácticas del HACER para luego NO HACER en este ámbito.

## IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 1

Impacto organizativo: 3

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 2

Experiencia de usuario: 3

## RESULTADOS

Esperados

Recursos utilizados: Recursos Humanos

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?; Si. INDICADORES:

- Número de personas conectadas.
- Evaluación de calidad de los webinarios, tanto en ponencias como en contenido, así como en las herramientas digitales utilizadas.
- Valoración de los ponentes.

Lecciones aprendidas y conclusiones:

- Entre las lecciones aprendidas podemos anotar la ratificación de la importancia:
- Del trabajo de los equipos multidisciplinares
- De la coordinación entre órganos de gestión con diferentes competencias
- De la necesidad de escucha activa a la persona usuaria

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- La canalización de nuevas miradas acercan las personas usuarias del sistema sanitario a los profesionales de la arquitectura
- Conectar profesionales que forman parte de la cadena sanitaria, desde la concepción de las arquitecturas (primera fase del proceso), pasando por procesos de gestión, el uso de las edificaciones y la atención a pacientes.

Entre los logros y conclusiones destacamos la creación de una nueva forma de abordar estos procesos, creando una INNOVADORA CULTURA que sienta las bases para un cambio efectivo.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Nuestra propuesta de mejora se basaría en la consolidación de este ciclo mirando a un futuro próximo encaminado en investigar esos nuevos modelos del NO HACER, así como, en la implementación operativa de las propuestas recogidas en cada una de las experiencias.

## OBSERVACIONES

Entre las observaciones a destacar exponemos que el ciclo de conferencias (webinarios), va dirigido a Profesionales no Sanitarios (profesionales de la Arquitectura), Profesionales Sanitarios (diversas especialidades clínicas), Asociaciones de pacientes, Pacientes, Familias y Cuidadores. No pudiéndose especificar en el desplegable del apartado de este formulario varias opciones, por lo cual se ha elegido CIUDADANIA. Por otro lado, hemos seleccionado la provincia de Badajoz, aunque es un proyecto REGIONAL porque el formulario no permite elegir las dos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Ley 11/2014, de 9 de diciembre, de accesibilidad universal de Extremadura.
- El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Decreto 135/2018, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento que regula las normas de accesibilidad universal en la edificación, los espacios públicos urbanizados, los espacios públicos naturales y el transporte en la Comunidad Autónoma de Extremadura. <http://doe.juntaex.es/eli/es-ex/d/2018/08/01/135/dof/spa/pdf>
- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el de enero de 2021. Disponible en:



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_en\\_cancer\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Actualizacion\\_2021.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf)

- Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, estudios e investigación 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer\\_EyR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf).- Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- Plan Estratégico de seguridad de pacientes de Extremadura (2019.2023)
- Plan de Salud de Extremadura 2021-2028
- Diversos proyectos arquitectónicos sanitarios proyectados por las profesionales de la arquitectura participantes en el ciclo.

## PROYECTO 28

---

### DATOS GENERALES

SEPAD. Servicio Extremeño Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Junta Extremadura.

Autor/es: VVAA. Equipo técnico interdisciplinar del SEPAD

### DESCRIPCIÓN

Ámbito en el que impacta la experiencia: Centro socio sanitario

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

Área de especialidad médica: Geriátrica y gerontología

Público al que se dirige: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

El plan "Deshaciendo nudos por el buen trato" es un instrumento de planificación y trabajo promovido por el SEPAD, al que se han adscrito diversos centros de su red de gestión directa.

Los objetivos principales que pretende alcanzar son los siguientes:

- Erradicar el uso de sujeciones en los centros residenciales de gestión directa del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a Personas en Situación de Dependencia (SEPAD).

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Cambiar las actitudes y forma de trabajo de los profesionales de atención directa e indirecta de los centros de atención a mayores, dependientes y pacientes de demencias.
- Cambiar la percepción e implicación de los familiares de residentes en los centros mencionados respecto al uso de sujeciones
- Formar a los profesionales asistenciales de los centros residenciales de mayores y pacientes de Alzheimer y otras demencias.
- Y mejorar la calidad de los procesos asistenciales, y avanzar en el cambio de modelos de cuidados de larga duración, hacia un modelo de Atención Centrada de la Persona

## PUESTA EN MARCHA

Es responsabilidad de la Administración y los Poderes Públicos liderar los cambios y transformaciones que nuestra sociedad demanda, especialmente los referidos a la ciudadanía de mayor edad con algún tipo de dependencia. Esto supone cuestionar, en ocasiones, los modelos vigentes y diseñar nuevas estrategias que incorporen y asuman la centralidad de la persona, la defensa de su dignidad y de sus derechos fundamentales. A tenor de estos principios, nació el Plan Estratégico “Deshaciendo nudos por el buen trato”, a partir de las inquietudes de la Junta de Extremadura y, concretamente, del SEPAD, por desarrollar estrategias de futuro adaptadas a las nuevas realidades, fundamentalmente, en instituciones residenciales gestionadas de forma directa por el SEPAD.

De esta forma, se pretendió englobar a todos los involucrados en los cuidados (desde las direcciones de los centros residenciales, sus trabajadores y trabajadoras, los familiares y el propio residente en el centro de las atenciones), además de convertirse en inspiración para ampliar buenas prácticas a centros de titularidad municipal y privada. Una vez diseñado el plan, se empezó un pilotaje inicial en el Centro Residencial El Valle de Montijo, centro especializado en atención a demencias, y se formó a su personal a través del programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

Dicha formación ha sido replicada y escalada, por el momento, en cuatro centros más de gestión directa, pero se continúa realizando este tipo de acciones en la actualidad a razón de ocho centros por año. A nivel metodológico se pueden identificar varias fases:

- 1ª. Etapa: Establecimiento de GRUPO MOTOR. Se trata de un grupo compuesto por representantes del SEPAD y del SES, con capacidad organizativa y concedores del proceso de liberación de sujeciones. El Grupo Motor comienza su trabajo meses antes de la formación y puesta en marcha del plan, abordando la necesidad y oportunidad de éste, mediante una serie de reuniones tanto presenciales como telemáticas.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- 2ª Etapa: Diagnóstico de la realidad del centro. Elaboración del censo de residentes y estadística de caídas.
- 3ª Etapa: Desarrollo de las actividades formativas y consecución de una base teórico/práctica. Basado en este plan, se presenta un caso clínico.

## 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

Esperados

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia?: Si. Se han contemplado una serie de indicadores tales como:

Cuantitativos: nº de sujeciones iniciales y tras la formación en los centros participantes, nº de caídas pre y post, nº de sesiones formativas realizadas, nº de participantes en cada formación.

Cualitativos: de satisfacción del personal (clima laboral), de satisfacción de las familias y residentes, de cambio actitudinal y de conocimientos entre el equipo profesional, de impacto (referido al número de reseñas en medios de comunicación tras la presentación del plan y publicaciones), de recursos humanos (incremento del nº de personas asignadas al plan), de coordinación entre administraciones públicas, de reconocimiento sobre la acreditación como centro libre de sujeciones por CEOMA.

Lecciones aprendidas y conclusiones:

RESULTADOS

1. Desde enero de 2019 hasta julio de 2022 se registran 15 caídas. Ninguna de ellas con consecuencias graves.
2. En el caso concreto que se expone, hubo una mejora en valoración funcional y psicopatológica en los dos primeros años del ingreso, a pesar de la evolución propia de la enfermedad (Barthel 45, Dependencia moderada, Tinetti 21, Riesgo de caídas, NPI: 59/144, y Cornell 16, Depresión grave), con posterior estabilización, congruente con la fisiopatología de la enfermedad degenerativa.
3. Retirada de la medicación antipsicótica.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



4. Desarrollo en los profesionales de atención directa de la empatía necesaria indispensable para cuidar y acompañar adecuadamente a las personas con demencia, y adquisición de conocimientos que ayuda a los profesionales a sentirse más capacitados ante estas situaciones y disminuir el estrés y la carga que producen estas conductas en su labor diaria, que se ha traducido en una disminución de incidencias relacionadas con el manejo de los trastornos de conducta. La mejora del ambiente laboral redundará en la satisfacción del personal por lo que hay una reducción de bajas laborales con los costes económicos que eso conlleva.

## PROPUESTAS DE MEJORA

- Creación a partir del grupo motor de un Comité de Bioética Asistencial.
- Partir de una evaluación detallada para identificar las causas tratables de los SPCD (síntomas psicológicos y conductuales en demencias).

## OBSERVACIONES

Otros correos electrónicos de contacto del equipo son: Lorena Olivera Santa-Catalina. [lorena.oliveras@salud-juntaex.es](mailto:lorena.oliveras@salud-juntaex.es). Coordinadora Técnica de Programas Intersectoriales de Atención Sociosanitaria. Tomás Moreno Sánchez. [tomas.moreno@salud-juntaex.es](mailto:tomas.moreno@salud-juntaex.es). Coordinador Técnico de Calidad Marta Pascual Caro. [marta.pascual@salud-juntaex.es](mailto:marta.pascual@salud-juntaex.es). Jefa de sección de Inspección Gertrudis Calero Blanco. [gertrudis.calero@salud-juntaex.es](mailto:gertrudis.calero@salud-juntaex.es). Directora Centro Residencial El Valle. María José Rodríguez Blanco. [maria.rodriguez@salud-juntaex.es](mailto:maria.rodriguez@salud-juntaex.es). Geriatra Centro Residencial El Valle.

## BIBLIOGRAFÍA

- Burgueño, AA. "Ámbito residencial: Malos tratos por la institución. Especial referencia al uso de sujeciones", 2018
- Burgueño, AA. "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer", CEOMA, 2005
- Burgueño, AA. "Prevención Cuaternaria en Demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia". Neurama, Vol. 2- nº, 2015.
- Burgueño, AA. "Atar para cuidar", 2008 Pinazo-Hernandis,S, Carolina Pinazo-Clapés, C, Sales Galan, A, Facal Mayo, D, Olivera Pueyo, J. Fundación Pilares. "Cuidados Centrados en las personas con Demencia Guía de actuación profesional ante síntomas psicológicos y conductuales, 2021
- Martínez, T. "La Atención Centrada en la Persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores", 2013
- Olazarán J; López, J; Agüera L; López J, Beltrán, J; García, P; Rigueira,, A; Martín, M; Quintana, D; Muñiz, R "Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sujecciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad\\\\". Revista SEPG. Vol. 6 2016-nº3.2016

WEBGRAFÍA:

<https://ceoma.org/desatar/>

<https://www.fundacionpilares.org/>

<http://www.acpgerontologia.com/>

<http://www.neurama.es>

<http://mariawolff.org/actualidad/noticias/un-novedoso-enfoque-diagnostico-espanol-para-personas-mayores-vulnerables-mejora-decisivamente-su-calidad-de-vida-evitando-las-sujecciones-quimicas/>

## PROYECTO 29

### PÍLDORAS DIGITALES (APOYO AUDIOVISUAL PARA EL PACIENTE)

---

#### DATOS GENERALES

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: Transformación digital / Participación paciente

Público al que se dirige: Pacientes

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

El proceso de comunicación entre el personal sanitario y los pacientes se ha venido basando en la información dada en la consulta y la entrega de documentos explicativos escritos en papel. En algunos casos el paciente recibe mucha información durante la consulta médica, sin embargo, debido al nerviosismo por el diagnóstico el paciente no es capaz de retener tanta información. Por otro lado, en la actualidad, los pacientes tienen herramientas para buscar información sobre su patología en internet, si bien no es malo que el paciente se informe sobre su condición, está demostrado que la sobreinformación más que tranquilizar al paciente puede crear ansiedad y preocupación. Es por estas razones por las cuales se ha iniciado la creación de píldoras informativas digitales en formato audiovisual que ayudan al paciente a entender su situación, el procedimiento médico que va a seguir y que precauciones y cuidados debe seguir.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Estas píldoras son enviadas mediante SMS de forma automatizada gracias a la plataforma informática creada para este proyecto. Esto permite que el paciente reciba la información adecuada en el momento adecuado. Por ejemplo, si el paciente debe prepararse para una colonoscopia debe seguir una dieta específica unos días antes de la intervención, así pues, la píldora audiovisual es enviada en el momento en que debe iniciar dicha preparación.

Esta plataforma está completamente integrada en el sistema informático que gestiona las historias clínicas. Esto permite que el sistema envíe automáticamente los mensajes sin intervención del personal sanitario lo que representa un ahorro de tiempo para estos profesionales.

## PUESTA EN MARCHA

Se realizó un pequeño estudio para detectar el procedimiento más idóneo para iniciar el proyecto, después de valorar la complejidad, el número de pacientes que podrían beneficiarse y la disponibilidad de la unidad, se decidió comenzar la colonoscopia. El primer paso fue el de definición, paso a paso, del proceso que los pacientes deben seguir, para ello se contó con los especialistas además del equipo de enfermería. Se recopilaron las dudas y problemas más habituales que sufrían los pacientes. Seguidamente se decidió el número de videos y el momento más adecuado para que el paciente recibiera cada píldora. Se revisó el contenido por varios profesionales sanitarios y pacientes.

Se inició el rodaje de dichas píldoras. Seguidamente se presentó a pacientes y especialistas los videos para ser revisados y modificados según los comentarios de estos. Una vez los videos fueron retocados se subieron al canal de YouTube del HUSE. El equipo de informática diseño el procedimiento de envíos automatizados vinculados al historial clínico de cada 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

Conseguidos

Recursos utilizados: Recursos materiales

# 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:

- 1 - Número de SMS enviados
- 2- Número de visualizaciones
- 3- Satisfacción de los usuarios

Lecciones aprendidas y conclusiones:

El proyecto ha permitido aumentado el nivel limpieza/preparación del colon a la hora de realizar la colonoscopia. Esto ha significado una reducción en el número de cancelaciones de colonoscopias. Adicionalmente ha aumentado la precisión de estas pruebas lo que ha disminuido el número de procedimientos a repetir debido a una mala visibilidad. Adicionalmente ha ayudado a los pacientes a reduciendo su incertidumbre y nerviosismo tanto antes como después de realizar el procedimiento, sintiéndose acompañado durante las diferentes fases de la preparación y recuperación. De hecho, según las estadísticas de YouTube, los pacientes ven más de una vez las píldoras para poder revisar en detalle el procedimiento. También se ha observado que la píldora audiovisual más vista es la del post proceso, sorprendentemente ha obtenido más 70K visualizaciones en el último año. Finalmente se ha visto una disminución en las cancelaciones de colonoscopias ya sea por mala preparación o por no presentarse ya que la información que el paciente ha obtenido ha sido tranquilizadora.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Se han integrado en el equipo de desarrollo a un equipo de diseñadores gráficos y audiovisuales para conseguir un mayor atractivo y profesionalidad a la hora de producir las Píldoras Audiovisuales. En la actualidad se están desarrollando 4 procedimientos más: Proceso de Cáncer de Mama Proceso de Cáncer de Colon Proceso de Biopsia de próstata Proceso de intervención por cataratas.

## OBSERVACIONES

El proyecto consta de dos pilares, el sistema informático y el desarrollo de las píldoras informativas, a continuación, especificamos las principales características que cumplen cada uno de ellos: El sistema informático:

Está integrado en el sistema informático del hospital

- El envío está automatizado, vinculado al historial clínico de cada paciente
- El envío es mediante SMS de forma segura Evita tener que descargar ninguna aplicación
- Es apto para toda la población que tenga teléfono móvil Fácil de usar ya que el paciente tan solo debe presionar sobre un link y es redirigido al video adecuado en YouTube

Las píldoras informativas:

- Desarrollados por el equipo médico experto en la patología

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Los protagonistas de los videos son los mismos profesionales que atienden a los pacientes
- El contenido es validado por, profesionales médicos, pacientes y población general
- En los videos se especifica donde y cuando deberá acudir el paciente ayudándolo así a orientarse en el hospital
- Los videos pueden ser visualizados las veces que sea necesario, están alojados de forma abierta en YouTube
- El vocabulario utilizado es adecuado para el paciente evitando tecnicismos

## PROYECTO 30

### GAMIFICACIÓN DIGITAL PARA PROMOVER LAS 'RECOMENDACIONES NO HACER'.

#### DATOS GENERALES

Servicio de Medicina Preventiva y Salud pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid

Autor/es: Jorge de Vicente Guijarro, José Joaquín Mira Solves, César Fernández Peris, Jesús María Aranaz Andrés

#### 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: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

La sobreutilización sanitaria, definida como la indicación y realización de procedimientos innecesarios que conllevan más riesgos que beneficios para el paciente, constituye un importante problema de Salud Pública y de Gestión Sanitaria. Afecta a todos los niveles asistenciales y sistemas sanitarios, tanto de países desarrollados como en desarrollo. Aunque su frecuencia puede ser mayor en determinadas prácticas clínicas, se ha identificado en una amplia gama de carteras de servicios, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos (ya sean farmacológicos o invasivos) e, incluso, en procesos de gestión de pacientes, como admisiones o estancias hospitalarias. Sus consecuencias son variadas, pero las más relevantes son aquellas relacionadas con la Seguridad del Paciente —pues toda práctica médica conlleva un riesgo intrínseco de que pueda acontecer un incidente de seguridad—, y con la sostenibilidad del



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sistema sanitario —por la pérdida de coste-oportunidad inherente a la utilización de un recurso de manera injustificada—.

A nivel internacional, el creciente interés por alcanzar una mayor eficiencia en los sistemas sanitarios, unido al surgimiento de diferentes corrientes de profesionalismo médico en pro de las buenas prácticas y de la Seguridad del Paciente, derivaron en la creación de diferentes iniciativas que trataban de reducir este fenómeno. Entre ellas, destacan Choosing Wisely, impulsada por The ABIM Foundation en Estados Unidos y Canadá, aunque actualmente su alcance es global en todos los continentes; y The Do not Do Recommendations, impulsada por The National Institute of Clinical Excellence (NICE) en Reino Unido. En España, también surgieron movimientos análogos, entre las que destaca la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, impulsada por el Ministerio de Sanidad a partir de una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna y que ha concretado recomendaciones No Hacer. Hasta hace unos años, apenas se habían realizado estimaciones sobre la frecuencia y las consecuencias de la inadecuación sanitaria en España. Por ello, el grupo de investigación SOBRINA (impulsor de la presente candidatura) inició dos proyectos de investigación multicéntricos, que estudiaban la sobreutilización sanitaria en la Atención Primaria y en el Ámbito Quirúrgico, respectivamente, y que contaron con financiación competitiva del Instituto de Salud Carlos III. A través de estos proyectos de investigación, se obtuvo información sobre las causas y determinantes de la sobreutilización; se determinó el grado de conocimiento de la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España entre los profesionales sanitarios de atención primaria y del ámbito quirúrgico (solo un 44% y 36%, respectivamente, conocía la iniciativa); y se determinó la frecuencia con la que se ignoraban las recomendaciones No Hacer.

Fruto de estos resultados, se exploraron diversas iniciativas para favorecer un cambio en la práctica asistencial, incidiendo en la reducción de las prácticas de bajo valor. Esta candidatura se centra en una campaña de información basada en gamificación para lograr interiorizar cambios en conocimientos y actitudes, así como para reducir la sobreutilización, particularmente en relación con los No Hacer más frecuentes y con mayor potencial de causar daño a los pacientes. Los resultados del estudio SOBRINA, unidos a las importantes consecuencias negativas de la sobreutilización sanitaria, hacían necesario establecer planes de actuación específicos capaces de aumentar el conocimiento y alcance de estas iniciativas entre los distintos profesionales del Sistema Nacional de Salud. Con este objetivo, se desarrolló una solución digital en forma de App para Smartphone que, mediante un esquema basado en gamificación, aborda un doble objetivo: 1) favorecer un mayor conocimiento de cada 'Recomendación No Hacer'; 2) facilitar el aprendizaje y la adopción de prácticas clínicas basadas en la última evidencia científica.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



## PUESTA EN MARCHA

Desde el año 2018, el equipo de investigación SOBRINA ha estudiado cuál es la frecuencia, tipos, causas y consecuencias de la sobreutilización sanitaria en España. Para ello, se desarrollaron los siguientes proyectos de financiación competitiva dentro de la Convocatoria de I+D+I en salud (Acción Estratégica en Salud 2022) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), "A way to make Europe":

1. PI16/00816. Qué consecuencias tiene hacer lo que no hay que hacer en atención primaria. Estudio de los errores asociados a la sobreutilización inadecuada. IP: José Joaquín Mira Solves.
2. PI16/00971. Análisis del error y sus consecuencias legales y en la práctica clínica. Qué consecuencias tiene hacer lo que no hay que hacer en los servicios quirúrgicos hospitalarios. IP: Jesús María Aranaz Andrés. Mediante los mismos, se ha realizado un abordaje integral de la sobreutilización en nuestro país, abarcando tanto el ámbito de la Atención Primaria como el quirúrgico. De igual manera, han servido para analizar cuál es el grado de conocimiento de la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, impulsada por el Ministerio de Sanidad. A partir de estos proyectos, en su conjunto, se han publicado al menos 15 artículos científicos, 20 Comunicaciones a congresos, 2 Tesis Doctorales y 4 Trabajos de Fin de Máster. Estos derivan, en su mayoría, de los siguientes desarrollos:

Análisis de más de 7 millones de episodios clínicos mediante la aplicación de algoritmos específicos sobre registros electrónicos. Se estimó que la sobreutilización de 10 prácticas habituales en el ámbito de la atención primaria podría suponer un sobrecoste para el Sistema Sanitario cercano a los 292 millones de euros anuales.

Identificación y análisis de los Eventos Adversos derivados de la indicación injustificada de procedimientos clínicos de escaso de valor, realizados sobre una muestra de más de 2.500 episodios de Atención Primaria.

Análisis de la adecuación de 3.449 radiografías de tórax preoperatorias en un hospital de tercer nivel. Se observó que el grado de sobreutilización resultante varía considerablemente en función de la recomendación para la práctica clínica aplicada (5,4% según la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España y 73,3% según Choosing Wisely y Essencial).

Elaboración y administración de dos encuestas para conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la frecuencia, causas y determinantes de la sobreutilización sanitaria en España. De 1.904 profesionales de Atención Primaria, solo un 44% conocía la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, por un 36% de 370 profesionales del Ámbito Quirúrgico (cirujanos y anestesistas). Se comprobó que, al analizar el conocimiento de determinadas recomendaciones No Hacer, el número de fallos fue mayor entre quienes dijeron no conocer la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas.

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Análisis de más de 1.500 reclamaciones para explorar las consecuencias legales, económicas y de seguridad relacionadas con la inadecuación sanitaria. Para ello, se realizaron dos estudios 4 independientes: uno en el que se analizaron las 1.172 reclamaciones patrimoniales interpuestas al Sistema Murciano de Salud entre 2022 y 2018, que habrían supuesto un coste en indemnizaciones de más de 56 millones de euros; y otro sobre 378 reclamaciones de Atención Primaria. De ello, puede apreciarse que la sobreutilización es un fenómeno frecuente en España, que perjudica la seguridad del paciente y que conlleva importantes consecuencias legales y económicas para el Sistema Sanitario. De igual manera, los resultados de las encuestas demuestran que la difusión y el conocimiento de la Iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España aún presentan un amplio margen de mejora, pues solo un solo un 36% - 44% de los profesionales sanitarios refirieron estar familiarizados con ella. Para continuar con esta línea de investigación, estimar cuáles son las 'Recomendaciones No Hacer' menos conocidas y conseguir una mayor difusión de iniciativas que tratan de reducir las prácticas de escaso valor, se estableció una nueva colaboración entre el Servicio de Medicina Preventiva y Salud pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, el Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), que resultó en el desarrollo de la aplicación digital para Smartphone "APP No Hacer". Así, esta App, ya disponible para su descarga en abierto, nace con los objetivos de alcanzar un mayor grado de difusión de las Estrategias No Hacer y de disminuir la sobreutilización sanitaria y la variabilidad de la práctica clínica a través de un mayor conocimiento de las recomendaciones asociadas. Para ello, médicos especialistas de las diferentes áreas clínicas han elaborado una batería preguntas en formato de casos clínicos, cada una de las cuales se ha diseñado específicamente para medir el conocimiento sobre una recomendación No Hacer en particular. Hasta la fecha, ya se han validado más de 120 preguntas, pertenecientes a 30 ámbitos clínicos que corresponden a la actividad de otras tantas Sociedades Científicas, incluyendo disciplinas Médicas, Quirúrgicas, de Atención Primaria y de Servicios Centrales. Además, esta App también permite la configuración personalizada de perfiles de usuarios, permitiendo que el participante pueda seleccionar la dificultad de las preguntas, la posibilidad de su repetición y el ámbito clínico asociado. Formuladas en formato de multirrespuesta o de verdadero/falso, la App muestra al participante si ha acertado o errado en su elección, proporcionándole información sobre la 'Recomendación No Hacer' evaluada, la Sociedad Científica que la propuso y la iniciativa que la difundió junto a la evidencia que la sostiene. Con ello, esta App cumple una doble función: por un lado, la de estimar el grado de conocimiento de cada recomendación; y,

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



por otro, la de actuar en el ámbito actitudinal, difundiendo las diferentes iniciativas y el contenido de sus recomendaciones. Complementariamente, cada pregunta tiene una puntuación asignada en función de su dificultad y, tras su contestación, la App actualiza el balance de fallos y aciertos, activándose un sistema de retroalimentación y de recompensa. De esta manera, se posibilita un mecanismo de gamificación digital, que se refiere al uso de los atributos del juego (principalmente desafíos y recompensas) en un contexto no relacionado con el juego, particularmente en la educación (Game- Based Learning o GBL). Los beneficios de un diseño como este son múltiples. Cuando se enfocan en la educación, las técnicas GBL hacen uso de juegos como herramientas auxiliares para el aprendizaje, la asimilación de conceptos o la evaluación de conocimientos. Una de las principales ventajas de GBL es su capacidad para captar la atención del usuario, ya que le proporciona un entorno divertido y motivador. El juego presenta a los usuarios situaciones en las que deben reflexionar y tomar las decisiones correctas, resolver problemas y reconocer errores. Los atributos que se encuentran comúnmente en la gamificación incluyen sistemas de puntuación, desafíos de ganar/perder, recompensas, tablas de clasificación y elementos sociales. Diferentes estrategias de gamificación han sido utilizadas de manera extensa en la educación sanitaria, con el objetivo de optimizar los resultados del aprendizaje. La efectividad de estas técnicas ha sido ampliamente analizada en múltiples estudios y revisiones. Las más recientes concluyen que, en general, se reportan mejoras respecto a los grupos de control en diferentes aspectos como conocimientos, habilidades, satisfacción, cambio en los comportamientos de aprendizaje y mejora en las actitudes hacia el aprendizaje.

Además, parte de los beneficios de la gamificación también se relacionan con el desarrollo adicional de una red social para usuarios, donde las tablas de clasificación y los sistemas de puntuación se complementan con diferentes formas de interacción entre los participantes. A esto se suma que, dado su bajo coste, la técnica GBL propuesta representa una alternativa a las tradicionales campañas de difusión de información.

Por todo ello, la gamificación se posiciona como una dimensión valiosa e indispensable para alcanzar un mayor grado de difusión de las estrategias No Hacer entre los diferentes profesionales sanitarios y, con ello, reducir la frecuencia de la sobreutilización sanitaria en España. En ese sentido, el siguiente paso planteado por el grupo de investigación es lanzar una campaña de difusión que incluye reclutamiento para la utilización de la App. Para ello, se realizará una jornada de presentación a nivel Nacional y se contactará con las diferentes Unidades Docentes de Formación Sanitaria Especializada existentes dentro del territorio español. Si bien es previsible conseguir un mayor reclutamiento de Médicos Internos Residentes

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



(MIR), la utilización y participación en la App se encuentra abierta al público en general y a todos los profesionales sanitarios, por lo que también se contempla la opción de conseguir una elevada muestra de Facultativos Especialistas. Complementariamente, para conseguir un mayor número de usuarios, estos tendrán la opción de convalidar el tiempo destinado a la App como créditos universitarios que, previsiblemente, serán emitidos por la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche. Con todo ello, en su conjunto, se espera obtener un mínimo de 500 participantes. Complementariamente, la difusión de esta App ha sido acordada como uno de los objetivos a cumplir dentro de esta anualidad 2022 por el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Para ello, miembros de este comité impartirán sesiones clínicas en las diferentes unidades del hospital, así como también se difundirá mediante listas de correo electrónico y a través de los recursos de la biblioteca virtual. Posteriormente, una vez finalizada la fase de reclutamiento y participación, se procederá al análisis de las respuestas de manera global y estratificada según en perfil del usuario. Estos resultados se compararán con el grado de inadecuación que otros estudios hayan podido estimar sobre los mismos procedimientos evaluados en las preguntas. Esto permitirá que se inicien nuevas campañas de difusión de aquellas recomendaciones que hayan obtenido una menor tasa de aciertos, al igual que de aquellas cuyo desconocimiento pueda derivar en consecuencias clínicas de mayor gravedad.

Paralelamente, la App seguirá siendo objeto de mejoras, entre las que se incluirán:

- 1) actualización constante y rigurosa de las preguntas incluidas con la publicación de nuevas recomendaciones "No Hacer" y tras la revisión de la última evidencia científica disponible;
- 2) actualización de los sistemas de gamificación y de recompensa en función del perfil mayoritario de los usuarios y de la retroalimentación que estos proporcionen;
- 3) realización de una adaptación transcultural para, posteriormente, iniciar una nueva fase de difusión internacional en países latinoamericanos;
- 4) traducción a lengua inglesa para su difusión en países anglosajones.

Complementariamente, también se elaborará un artículo científico que será remitido a una revista internacional indexada en el primer cuartil de su área según la clasificación Journal Citation Reports (JCR). Por último, cabe destacar que la App No Hacer posee un registro de propiedad intelectual con fecha del 26 de julio de 2022, licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 y Número de registro 2207261668651. De igual manera, ya se encuentra disponible en abierto, pudiendo descargarse desde AppStore o Android, o a través de los siguientes enlaces:

- Android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.appandabout.nohacer>

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- iOS: <https://apps.apple.com/es/app/no-hacer-app/id1618750818>

## IMPACTO PREVISTO

Impacto en salud: 3

Impacto socio-sanitario: 2

Impacto organizativo: 2

Impacto económico: 3

Impacto en los trabajadores: 3

Experiencia de usuario: 2

## RESULTADOS

Esperados

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. La App incluye sistemas automáticos de medición en tiempo real. Los perfiles de administrador podrán acceder a un cuadro de mandos en el que se visualizarán indicadores de valores absolutos y relativos de aciertos y errores para cada pregunta. Con ello, se podrá medir el grado de conocimiento para cada recomendación o tras estratificarlas en función de su disciplina clínica, iniciativa o dificultad. Esto permitirá implementar valores objetivo, útiles para la medición de la efectividad de potenciales estudios o estrategias de intervención dirigidas a incrementar el grado de conocimiento de estas recomendaciones.

Lecciones aprendidas y conclusiones;

Los resultados obtenidos hasta el momento por el grupo de Investigación SOBRINA demuestran un amplio margen de mejora en materia de adecuación sanitaria para reducir sobreutilización. En España, la sobreutilización es frecuente en la práctica totalidad de los ámbitos asistenciales y supone gastos económicos considerables y evitables. Sin embargo, cuantificar el problema en sus distintas vertientes resulta, por sí solo, insuficiente para conseguir una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Por ello, una vez se ha alcanzado este punto, los esfuerzos deben concentrarse en la traslación de los resultados obtenidos en aras de alcanzar una mejora de la práctica clínica real. En ese sentido, es imprescindible desarrollar e impulsar proyectos de intervención basados en estrategias de mejora capaces de disminuir la inadecuación sanitaria. Por ello, se decidió continuar con esta línea de investigación y de acción a través del desarrollo de esta App para Smartphone, dirigida a alcanzar un mayor grado de conocimiento de las estrategias y las recomendaciones 'No Hacer'. Una vez se consiga una muestra suficiente de participantes, se llevará cabo un análisis global y estratificado de los datos, que permitirá estimar el grado de conocimiento de las 'Recomendaciones No Hacer' por parte de los profesionales

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sanitarios. De esta manera, se identificará cuáles son los perfiles de profesionales y las recomendaciones que podrían obtener un mayor beneficio de campañas de difusión complementarias

## PROPUESTAS DE MEJORA

En la App, se incorporarán mejoras de diversa índole, entre las que se incluirán:

1. Actualización constante y rigurosa de las preguntas incluidas con la publicación de nuevas recomendaciones "No Hacer" y tras la revisión de la última evidencia científica.
2. Actualización de los sistemas de gamificación y de recompensa en función del perfil mayoritario de los usuarios y de la retroalimentación que estos proporcionen.
3. Realización de una adaptación transcultural para, posteriormente, iniciar una nueva fase de difusión internacional a través de países latinoamericanos
4. Traducción a lengua inglesa para su difusión en países anglosajones. Tras el análisis de las respuestas obtenidas, se iniciarán nuevas campañas de difusión de aquellas recomendaciones que hayan obtenido una menor tasa de aciertos, al igual que de aquellas cuyo desconocimiento pueda derivar en consecuencias clínicas de mayor gravedad.

Más adelante, se elaborará un artículo científico que será remitido a una revista internacional indexada en el primer cuartil de su área según la clasificación Journal Citation Reports (JCR)

## OBSERVACIONES

Aunque el formulario exige elegir una opción cerrada, el ámbito de aplicación de este proyecto es multidisciplinar e internacional. Su utilidad es extensible a todas las especialidades y para la totalidad de los profesionales sanitarios, incluyendo especialmente el ámbito de la gestión sanitaria y de la toma de 8 decisiones. Igualmente, aunque se haya desarrollado como una colaboración entre centros sanitarios de la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, su uso puede resultar beneficioso tanto a nivel nacional como internacional (teniendo en cuenta su futura adaptación transcultural y traducción a lengua inglesa). Cabe destacar que la producción científica del Grupo de Investigación SOBRINA en el campo de la sobreutilización sanitaria es extensa y con índices de calidad contrastados, lo cual garantiza la consecución de objetivos en tiempo y forma. Prueba de ello son las publicaciones derivadas de su actividad investigadora, que puede consultarse en el apartado de 'Bibliografía'.

## BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones del grupo de investigación:

- Cheikh-Moussa, K., Caro Mendivelso, J., Carrillo, I., Astier-Peña, M. P., Olivera, G., Silvestre, C., Nuín, M., & Mira, J. J. (2022).

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. Expert opinion on drug safety, 1–9. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2026924>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Pérez-Pérez, P., Astier-Peña, M. P., Caro-Mendivelso, J., Olivera, G., Silvestre, C., Nuín, M. A., Aranaz-Andrés, J. M., & on behalf the SOBRINA Research Team (2021).
- Avoidable Adverse Events Related to Ignoring the Do-Not-Do Recommendations: A Retrospective Cohort Study Conducted in the Spanish Primary Care Setting. Journal of patient safety, 17(8), e858–e865. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000830> Vicente-Guijarro, J., Valencia-Martín, J. L., Moreno-Nunez, P., Ruiz-López, P., Mira-Solves, J. J., Aranaz-Andrés, J. M., & Sobrina Working Group (2020).
- Estimation of the Overuse of Preoperative Chest X-rays According to "Choosing Wisely", "No Hacer", and "Essencial" Initiatives: Are They Equally Applicable and Comparable? International journal of environmental research and public health, 17(23), 8783. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238783>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Nebot, C., Olivera, G., González de Dios, J., & Aranaz Andrés, J. M. (2018). Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. BMJ open, 8(6), e021339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021339>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Silvestre, C., Nebot, C., González de Dios, J., & AranazAndrés, J. (2018). Grado de conocimiento de la campaña Compromiso por la Calidad y de las recomendaciones no hacer entre médicos de familia, pediatras y enfermería de Atención Primaria [Level of knowledge of Quality Commitment Campaign and of "do not do" recommendations amongst general practitioners, pediatricians and nurses Primary Care].
- Anales del sistema sanitario de Navarra, 41(1), 47–55. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0228>
- Aranaz Andrés, J. M., Valencia-Martín, J. L., Vicente-Guijarro, J., Díaz-Agero Pérez, C., López-Fresneña, N., Carrillo, I., Mira Solves, J. J., & Working Group, S. (2020).
- Low-Value Clinical Practices: Knowledge and Beliefs of Spanish Surgeons and Anesthetists. International journal of environmental research and public health, 17(10), 3556. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103556>
- Vicente-Guijarro, J., Valencia-Martín, J. L., Fernández-Herreruela, C., Sousa, P., Mira Solves, J. J., Aranaz Andrés, J. M., & SOBRINA Working Group (2022).



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Surgical Error Compensation Claims as a Patient Safety Indicator: Causes and Economic Consequences in the Murcia Health System, 2002 to 2018. *Journal of patient safety*, 18(4), 276–286. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000917>
- Martín-Delgado, J., Carrillo, I., & Mira, J. J. (2020). Reclamaciones por la negativa del médico de primaria a aceptar una petición del paciente [Outcome of complaints by patients due to the refusal of Primary Care Physicians to agree to a treatment request]. *Journal of healthcare quality research*, 35(2), 113–116. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.10.002>

## Sobreutilización:

- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):156- 168. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5
- Epub 2017 Jan 9. Erratum in: *Lancet*. 2022 Mar 5;399(10328):908. PMID: 28077234; PMCID: PMC5708862. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: low-value services, utilization, and patient cost sharing.
- *JAMA*. 2012 Oct 24;308(16):1635-6. doi: 10.1001/jama.2012.13616. PMID: 23093160; PMCID: PMC3994996.

## Gamificación

- Van Gaalen, A., Brouwer, J., Schönrock-Adema, J., Bouwkamp-Timmer, T., Jaarsma, A., & Georgiadis, J. R. (2021). Gamification of health professions education: a systematic review.
- *Advances in health sciences education : theory and practice*, 26(2), 683–711. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10000-3>
- Gentry, S. V., Gauthier, A., L'Estrade Ehrstrom, B., Wortley, D., Lilienthal, A., Tudor Car, L., Dauwels-Okutsu, S., Nikolaou, C. K., Zary, N., Campbell, J., & Car, J. (2019).
- Serious Gaming and Gamification Education in Health Professions: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 21(3), e12994. <https://doi.org/10.2196/12994>
- Chen, P. H., Roth, H., Galperin-Aizenberg, M., Ruutiainen, A. T., Gefter, W., & Cook, T. S. (2017). Improving Abnormality Detection on Chest Radiography Using Game-Like Reinforcement Mechanics. *Academic radiology*, 24(11), 1428–1435. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2017.05.005>
- Saenger, A. K., Berkwits, M., Carley, S., Haymond, S., Ennis-O'Connor, M., Sherbino, J., & Smith, S. W. (2018). The Power of Social Media in Medicine and Medical Education:

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Opportunities, Risks, and Rewards. Clinical chemistry, 64(9), 1284–1290.  
<https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288225>

## PROYECTO 31

### ADECUAS: UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

#### DATOS GENERALES

Servicio de Medicina Preventiva y Salud pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid

Autor/es: Jorge de Vicente Guijarro, José Lorenzo Valencia Martín, José Joaquín Mira Solves, César Fernández Peris, Jesús María Aranaz Andrés

#### 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: Profesionales sanitarios

Tiempo de desarrollo: Más de dos meses

Objetivo y necesidad que cubre:

La inadecuación sanitaria, definida como la prestación de servicios injustificados, constituye un importante problema de Salud Pública y de Gestión Sanitaria, tanto por comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario, como por incrementar los riesgos para los pacientes. Para disminuir este tipo de inadecuación, el primer paso consiste en identificar bajo qué circunstancias un procedimiento está prescrito justificada o injustificadamente, lo cual permitirá, posteriormente, medir su frecuencia y diseñar posibles estudios de intervención. Establecer los criterios de adecuación, que justifican la indicación de un procedimiento de acuerdo a unas circunstancias determinadas, es una tarea compleja y exigente que requiere evaluar dimensiones tan diversas como la eficacia, la seguridad, el coste-efectividad e, incluso, la disponibilidad de recursos. Su enfoque transversal y su análisis integral de las prestaciones sanitarias posicionan la Evaluación de Tecnologías Sanitarias como un elemento imprescindible y de calidad para todo sistema sanitario. Sin embargo, pese a sus numerosos e importantes beneficios, la Evaluación de Tecnologías Sanitarias también presenta ciertas limitaciones relevantes:

1. Recursos: una correcta evaluación de tecnologías sanitarias requiere de una importante inversión inicial para la captación de especialistas en la materia y para la adquisición y conformación de equipos de trabajo en red. Igualmente, para poder realizar los estudios de

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



seguridad, efectividad, comparación entre alternativas y evaluación económica, se requerirá el acceso a las principales fuentes bibliográficas, no siempre disponibles en abierto.

2. Equipo de trabajo: la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, a lo largo de sus diferentes fases, requiere de un alto grado de especialización en sus profesionales. Son necesarios perfiles sanitarios con un nivel elevado de conocimientos técnicos en metodología de la investigación y de evaluación económica. Estos son, a su vez, perfiles altamente demandados en el mercado de trabajo, tanto por instituciones públicas como por privadas. Todo ello define la dificultad para establecer grupos de trabajo especializados en Evaluación de Tecnologías.

3. Coste: aunque a largo plazo se ha demostrado eficiente y beneficioso para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, la significativa cantidad de recursos requeridos, junto con la dificultad de captación de perfiles especializados, hacen que la Evaluación de Tecnologías suponga un coste económico inicial considerable.

4. Tiempo: el abordaje de las diferentes dimensiones (seguridad, efectividad, coste económico, etc.) requiere de un tiempo de trabajo largo, que puede llegar a comprender varios años desde su comienzo hasta que el informe final llega a ser publicado y difundido.

5. Vigencia: los informes de Evaluación de Tecnologías son capaces de incluir y analizar la evidencia científica de todos aquellos estudios que se encontraban publicados o accesibles en una fecha determinada. No obstante, todos los estudios posteriores no pueden verse reflejados en el mismo, por lo que un informe pierde vigencia desde el mismo momento en que se genera una nueva evidencia al respecto. Existen distintos proyectos de Evidencia Viva (Live Evidence) que tratan de paliar esta situación, pero aún se encuentran en fase de validación.

6. Falta de evidencia: las características y objetivos de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias hacen que los procedimientos que más podrían beneficiarse de su aplicación son aquellos más innovadores y que aún se encuentran en fase de validación o pre-implantación. Sin embargo, de manera casi paradójica, son justamente estos procedimientos los que disponen de un menor nivel de evidencia científica, como consecuencia del menor número de estudios que se han realizado sobre los mismos. Esto implica que algunos de los beneficios de la Evaluación de Tecnologías no encuentren su traslación a corto plazo en la práctica clínica real y que lleguen a adoptarse procedimientos incluso antes de que se hayan demostrado costo-efectivos. En este contexto, se estableció una colaboración entre el Servicio de Medicina Preventiva y Salud pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, el Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), que resultó en el desarrollo de la aplicación digital para Smartphone (App) Adecuas.

Esta herramienta permite evaluar un procedimiento sanitario tras valorar diferentes enunciados relacionados con su seguridad, su efectividad, las preferencias del paciente y su impacto en

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



materia de gestión sanitaria. En contraposición a las limitaciones anteriores, Adecuas permite valorar una práctica clínica con el único recurso de una App, sin necesidad de un equipo de trabajo, de manera gratuita y de forma prácticamente inmediata. Así mismo, también es un recurso replicable, accesible y de fácil utilización.

Aunque no pretende sustituir a una Evaluación de Tecnologías Sanitarias al uso, que siempre será más precisa en sus conclusiones y constituye una actividad sanitaria imprescindible, esta solución la complementa, suponiendo una ayuda a la toma de decisiones y una invitación a la reflexión sobre las posibles consecuencias negativas de la sobreutilización.

## PUESTA EN MARCHA

App Adecuas: Ayuda para la Toma de Decisiones en la Práctica Clínica: Adecuas es una App para Smartphone diseñada para orientar al profesional sobre la adecuación de prácticas clínicas y de decisiones en el ámbito sanitario que, a su vez, sirve también para concienciarle sobre los riesgos y consecuencias de indicar procedimientos injustificados. Su desarrollo se ha efectuado desde los campos de Investigación en Seguridad del Paciente e Investigación en Sistemas de Salud, y se ha inspirado en las corrientes Less is More y Right Care, así como en las iniciativas Choosing Wisely, Do Not Do, o Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, que tratan de reducir la Sobreutilización del Sistema Sanitario y la Variabilidad de la Práctica Clínica.

Esta herramienta constituye un sistema de valoración que integra diversas metodologías de evaluación de prácticas clínicas. A través de ella, se persigue:

- Facilitar la sistematización de la evaluación de la práctica clínica por el profesional sanitario.
- Transmitir al profesional sanitario la importancia de integrar las siguientes cuatro dimensiones como elementos fundamentales para una correcta adecuación clínica:
  - Beneficio clínico.
  - Seguridad del paciente y del profesional.
  - Preferencias y autonomía del paciente.
  - Gestión e impacto en el sistema sanitario.
- Concienciar al profesional sanitario sobre las posibles consecuencias de una falta de adecuación de la práctica clínica. Para su desarrollo, se llevó a cabo un estudio previo de diferentes metodologías de evaluación de procedimientos y tecnologías sanitarias como Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation (GRADE); Institute for Clinical and Economic Review (ICER); Comparative Effectiveness Research (CER); National Health System Shared Decision Making; Culture, Oversight accountability, System support, and Training Framework (COST Framework), Harding

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Center for Risk Literacy; PriTec, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-t). Para su utilización, el usuario debe identificarse, introduciendo algunos datos profesionales como años de experiencia laboral y ámbito de especialización. Una vez registrado, podrá comenzar con una nueva evaluación. Como la herramienta ha sido diseñada mediante preguntas estándar aplicables a cualquier procedimiento sanitario, no existen limitaciones respecto a qué tecnología evaluar, siendo esta de libre elección. Una vez seleccionada, el usuario es trasladado a nueva ventana con un total de 20 enunciados, 4 por cada una de las dimensiones a analizar: "Beneficio Clínico", "Seguridad del paciente y del profesional", "Preferencias y autonomía del paciente" y "Gestión e impacto en el sistema sanitario". Cada una de estas 4 dimensiones se divide, a su vez, en 5 enunciados más concretos; y cada uno de estos enunciados debe ser evaluado en una escala de 5 valores, de "Muy en desacuerdo" a "Muy de acuerdo".

A continuación, se detallan las 4 dimensiones con sus respectivos enunciados.

A. BENEFICIO CLÍNICO: A.1. El procedimiento se dirige a problemas de salud que comportan un impacto importante en mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida. A.2. Aplicar este procedimiento modifica de forma importante la evolución clínica del paciente o de la población diana. A.3. El beneficio de su realización afecta a la mayoría de los pacientes o de la población, y no solo a un subgrupo pequeño de sujetos. A.4. La calidad de la evidencia sobre los beneficios del procedimiento es bastante sólida y contrastada. A.5. Los beneficios previstos a medio y largo plazo son clínicamente importantes (no sólo estadísticamente significativos) respecto a otras alternativas.

B. SEGURIDAD: B.1. El procedimiento requiere intervenciones invasivas o agresivas para su realización. B.2. Se han descrito eventos adversos importantes a corto, medio o largo plazo causados por la aplicación de este procedimiento. B.3. Existe evidencia suficiente que descarta riesgos relevantes derivados de aplicar este procedimiento en colectivos de especial vulnerabilidad (embarazo, pediatría, comorbilidades, enfermos crónicos). B.4. Realizar este procedimiento puede conllevar daños potenciales importantes en el personal sanitario. B.5. La interpretación de los resultados, ya sean diagnósticos o en salud, pueden presentar una alta variabilidad interpersonal por ser sujeto dependientes. En procedimientos diagnósticos, esto puede derivar en falsos positivos o falsos negativos; en procedimientos terapéuticos, en altas prematuras o reingresos evitables.

C. PREFERENCIAS DEL PACIENTE: C.1. Este procedimiento es la alternativa más aceptable o deseable para los pacientes o la población de intervención respecto a otras opciones. C.2. Existen recursos informativos adecuados y adaptados para explicar al paciente y familiares en qué consiste la técnica de realización del procedimiento (incluyendo, de existir, información

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



sobre una posible preparación preoperatoria o de cuidados postoperatorios). C.3. El paciente o la población de intervención pueden comprender de forma sencilla los beneficios que conlleva realizar este procedimiento. C.4. El paciente o la población de intervención pueden comprender de forma sencilla los riesgos potenciales que comporta realizar este procedimiento. C.5. Las guías o recomendaciones de práctica clínica recogen alternativas a adoptar en caso de que el paciente no desee realizar esta intervención.

D. IMPACTO EN GESTIÓN: D.1. Aplicar este procedimiento requiere una inversión costosa en infraestructura, equipamiento y/o coste de fungible, mantenimiento o recursos humanos (incluyendo la crear nuevas unidades o la coordinación de nuevos equipos multidisciplinares). D.2. Realizar este procedimiento requiere un periodo de formación y entrenamiento (conocimientos y habilidades) prolongado. D.3. Aplicar este procedimiento comporta un impacto negativo importante a nivel ético, social, cultural y/o legal. D.4. La adherencia y la realización adecuada de la intervención es considerable, y no se han descrito dificultades potenciales importantes para su implementación en la práctica clínica. D.5. Realizar este procedimiento conlleva la generación de residuos medioambientales o presenta una baja eficiencia energética. A nivel interno, la herramienta asigna puntuaciones bajas a los enunciados en los que el grado de acuerdo seleccionado es favorable a la indicación del procedimiento; y puntuaciones altas a los enunciados en los que el grado de acuerdo seleccionado es desfavorable a la indicación (un No Hacer).

Por tanto, de forma global, se evalúan 20 enunciados, resultando en una puntuación total de entre 20 y 100 puntos, por procedimiento analizado. En base a la puntuación obtenida, una práctica se clasificará como:

- Adecuada (menor de 45 puntos).
- Intermedia (entre 46 y 75 puntos).
- Inadecuada (mayor de 75 puntos).

El motivo por el que la herramienta se diseñó asignando una mayor puntuación a la inadecuación es justamente porque se enmarca dentro de las Iniciativas No Hacer, destacando así las prácticas de escaso valor. No obstante, en caso de ser necesario, también podría invertirse el sistema de puntuación, asignando valores altos a la pertinencia y bajos a la inadecuación.

- Una vez completada una evaluación, esta se guarda en el historial de la App, de manera que el usuario podrá iniciar una nueva o revisar las anteriores. Complementariamente, la difusión de esta App ha sido acordada como uno de los objetivos a cumplir dentro de esta anualidad 2022 por el Comité de Adecuación de la Práctica Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Para ello, miembros de este comité impartirán sesiones

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



clínicas en las diferentes unidades del hospital, así como también se difundirá mediante listas de correo electrónico y a través de los recursos de la biblioteca. Cabe destacar que la Herramienta Adecuas posee un registro de propiedad intelectual con fecha del 29 de abril de 2021, licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 y Número de registro 2104297674635. En la siguiente página web se encuentran las instrucciones para la descarga de la app en Android e iOS: - [https://appandabout.es/app\\_adequas/](https://appandabout.es/app_adequas/)

## 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

Esperados

Recursos utilizados: Recursos materiales

¿Has utilizado indicadores de medición de resultados en tu experiencia? Si. La App Adecuas recopilará todas las evaluaciones que hayan realizado los diferentes usuarios. Esto permitirá llevar a cabo análisis de los resultados tanto de manera global como estratificada según experiencia laboral del participante, su especialidad o el tipo de procedimiento sanitario evaluado. Además, la App incluye sistemas automáticos de medición en tiempo real. Los perfiles de administrador podrán acceder a un cuadro de mandos en el que se visualizarán indicadores de valores absolutos y relativos de puntuaciones para cada dimensión analizada. Con ello, se podrá explorar el grado de idoneidad de cada procedimiento.

Lecciones aprendidas y conclusiones:

El sistema de evaluación de Adecuas fue presentado y analizado, por primera vez, en el curso precongreso Sobreutilización y prácticas clínicas innecesarias: Métodos para su evaluación, realizado el 11 de septiembre de 2018 en Lisboa, en la XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). Tal curso impartido por miembros del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal y con la colaboración de personal investigador de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



Para facilitar la utilización de la App y realizar una valoración más precisa del procedimiento, se revisó pormenorizadamente cada uno de los enunciados, asegurando la inexistencia de posibles ambigüedades o de dobles sentidos en su redacción. Como resultado, Adecuas integra las dimensiones más importantes para valorar la adecuación de una práctica clínica (“Beneficio Clínico”, “Seguridad del paciente y del profesional”, “Preferencias y autonomía del paciente” y “Gestión e impacto en el sistema sanitario”). Esto lo posiciona como una herramienta completa y transversal, capaz de evaluar un procedimiento más allá de los parámetros tradicionales de efectividad y seguridad.

## PROPUESTAS DE MEJORA

La App Adecuas no trata de reemplazar un proceso de Evaluación de Tecnologías al uso, cuyos resultados serán siempre más completos y vinculantes. Es, más bien, una herramienta que permite facilitar y sistematizar la toma de decisiones clínicas, cuyo principal valor reside en su simplicidad, accesibilidad y 8 facilidad de uso. En ese sentido, cualquier desarrollo o actualización posterior debe respetar estas características distintivas de la herramienta. En la App, se incorporarán mejoras de diversa índole, entre las que se encontrarán:

1. Actualización constante y rigurosa del software, incluyendo sistemas de comparación de procedimientos.
2. Actualización de la interfaz en función del perfil mayoritario de los usuarios y de la retroalimentación que estos proporcionen.
3. Realización de una adaptación transcultural para, posteriormente, iniciar una nueva fase de difusión internacional en países latinoamericanos.
4. Traducción a lengua inglesa para su difusión en países anglosajones. Igualmente, una vez se haya alcanzado un tamaño muestral suficiente, se realizarán análisis globales y estratificados de los resultados. Posteriormente, esta experiencia será adaptada para la elaboración de un artículo científico que será remitido a una revista internacional indexada en el primer cuartil de su área según la clasificación Journal Citation Reports (JCR).

## OBSERVACIONES

Aunque el formulario exige elegir una opción cerrada, el ámbito de aplicación de este proyecto es multidisciplinar e internacional. Su utilidad es extensible a todas las especialidades y para la totalidad de los profesionales sanitarios, incluyendo especialmente el ámbito de la gestión sanitaria y de la toma de decisiones. Igualmente, aunque se haya desarrollado como una colaboración entre centros sanitarios de la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, su uso puede resultar beneficioso tanto a nivel nacional como internacional (teniendo en cuenta su futura adaptación transcultural y traducción a lengua inglesa). Cabe destacar la experiencia y la producción científica del equipo investigador en el campo de la sobreutilización sanitaria,



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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



avalada por la adjudicación de varios proyectos nacionales competitivos, con resultados de gran calidad, relevancia y difusión nacional e internacional, lo cual garantiza la consecución de objetivos en tiempo y forma. Prueba de ello son las publicaciones científicas referenciadas en el apartado de 'Bibliografía', y la formación de personal investigador que ha obtenido el grado de doctor en esta materia.

## BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones del grupo de investigación:

- Cheikh-Moussa, K., Caro Mendivelso, J., Carrillo, I., Astier-Peña, M. P., Olivera, G., Silvestre, C., Nuín, M., & Mira, J. J. (2022). Frequency and estimated costs of ten low-value practices in the Spanish primary care: a retrospective study. Expert opinion on drug safety, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2026924>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Pérez-Pérez, P., Astier-Peña, M. P., Caro-Mendivelso, J., Olivera, G., Silvestre, C., Nuín, M. A., Aranaz-Andrés, J. M., & on behalf the SOBRINA Research Team (2021).
- Avoidable Adverse Events Related to Ignoring the Do-Not-Do Recommendations: A Retrospective Cohort Study Conducted in the 9 Spanish Primary Care Setting. Journal of patient safety, 17(8), e858–e865. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000083>
- Vicente-Guijarro, J., Valencia-Martín, J. L., Moreno-Nunez, P., Ruiz-López, P., Mira-Solves, J. J., Aranaz-Andrés, J. M., & Sobrina Working Group (2020). Estimation of the Overuse of Preoperative Chest X-rays According to "Choosing Wisely", "No Hacer", and "Esencial" Initiatives: Are They Equally Applicable and Comparable? International journal of environmental research and public health, 17(23), 8783. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238783>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Nebot, C., Olivera, G., González de Dios, J., & Aranaz Andrés, J. M. (2018). Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. BMJ open, 8(6), e021339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021339>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Silvestre, C., Nebot, C., González de Dios, J., & AranazAndrés, J. (2018). Grado de conocimiento de la campaña Compromiso por la Calidad y de las recomendaciones no hacer entre médicos de familia, pediatras y enfermería de Atención Primaria [Level of knowledge of Quality Commitment Campaign and of "do not do" recommendations amongst general practitioners, pediatricians

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- and nurses Primary Care]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 41(1), 47–55. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0228>
- Aranaz Andrés, J. M., Valencia-Martín, J. L., Vicente-Guijarro, J., Díaz-Agero Pérez, C., López-Fresneña, N., Carrillo, I., Mira Solves, J. J., & Working Group, S. (2020). Low-Value Clinical Practices: Knowledge and Beliefs of Spanish Surgeons and Anesthetists. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3556. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103556>
  - Vicente-Guijarro, J., Valencia-Martín, J. L., Fernández-Herreruela, C., Sousa, P., Mira Solves, J. J., Aranaz Andrés, J. M., & SOBRINA Working Group (2022). Surgical Error Compensation Claims as a Patient Safety Indicator: Causes and Economic Consequences in the Murcia Health System, 2002 to 2018. *Journal of patient safety*, 18(4), 276–286. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000917>
  - Martín-Delgado, J., Carrillo, I., & Mira, J. J. (2020). Reclamaciones por la negativa del médico de primaria a aceptar una petición del paciente [Outcome of complaints by patients due to the refusal of Primary Care Physicians to agree to a treatment request]. *Journal of healthcare quality research*, 35(2), 113–116. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.10.002>

## Sobreutilización:

- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):156- 168. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5
- Epub 2017 Jan 9. Erratum in: *Lancet*. 2022 Mar 5;399(10328):908. PMID: 28077234; PMCID: PMC5708862
- Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA*. 2012 Oct 24;308(16):1635-6. doi: 10.1001/jama.2012.13616
- PMID: 23093160; PMCID: PMC3994996. Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Brozek, J., Glasziou, P., Jaeschke, R., Vist, G. E., Williams, J. W., Jr, Kunz, R., Craig, J., Montori, V. M., Bossuyt, P., Guyatt, G. H., & GRADE Working Group (2008). Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7653), 1106–1110. <https://doi.org/10.1136/bmj.39500.677199.AE>
- Jaksa, A., Bloudek, L., Carlson, J. J., Shah, K., Chen, Y., Patrick, A. R., McKenna, A., & Campbell, J. D. (2022). Key learnings from Institute for Clinical and Economic Review's real-world evidence reassessment pilot. *International journal of technology assessment in health care*, 38(1), e32. <https://doi.org/10.1017/S0266462322000162>

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

Calidad y eficiencia en beneficio del paciente



- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c5146. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>