

Residencias de ancianos: mayor coordinación, mejores resultados, más eficiencia

Zuzuárregui Gironés MS, Barrera Linares E, Ruiz Martín S, López Marcos C, Sánchez Niño V, Medina Cuenca P, Blanco Morales C, de Andrés Irazazabal B, Cruz Martos Á, Petidier Torregrosa R, Villanueva Guerra A, Cabello Ballesteros L, Álvarez Nido R, Rubio Toledano L

Gerencia Atención Primaria Área 10



De izquierda a derecha, de pie, Rocío Álvarez Nido, Blanca de Andrés Irazazábal, Verónica Sánchez Niño, Concepción Blanco Morales, Luisa Cabello Ballesteros, Adela Villanueva Guerra. De izquierda a derecha, sentados, Pedro Medina Cuenca, Ernesto Barrera Linares, M^a Soledad Zuzuárregui Gironés, Sagrario Ruiz Martín.

Resumen

Introducción: Desde hace años, el Área 10 de Atención Primaria viene suministrando a las residencias geriátricas el material sanitario necesario para atender a los mayores institucionalizados. En otoño de 2005, el incremento de gasto interanual por este concepto se acercaba al 70%.

Objetivos: Mejorar la calidad de la atención sanitaria a los ancianos institucionalizados del Área 10 y mejorar la eficiencia en la gestión del gasto sanitario en las residencias de ancianos del Área 10.

Material y método: Identificamos como línea estratégica fundamental para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia en la gestión del gasto el establecimiento de vínculos de relación y coordinación entre los profesionales de las residencias y los del Área 10 (profesionales asistenciales de los centros de salud y de los departamentos de gerencia). Abordamos el uso racional del medicamento entre sanitarios de residencias, el incremento de coberturas de cartera de servicios en los Equipos de Atención Primaria (EAP) con residencias asignadas, la definición de procedimientos, la coordinación con el hospital de referencia, la utilización de material de curas y material específico (tiras de glucemia y tiras de control de anticoagulación oral [TAO], absorbentes de incontinencia, apósitos) con actividades de coordinación, formación de grupos de trabajo, información, formación y definición de procedimientos. Utilizamos indicadores de monitorización, y anualmente presentamos resultados a los profesionales y directivos de residencias.

Resultados: La cobertura de Cartera de Servicios a pacientes crónicos en residencias de una zona básica se incrementó el 38,38%; mejoraron seis indicadores de calidad de prescripción entre los facultativos autorizados a prescribir en receta oficial, se han homogeneizado los procedimientos de atención y se ha aumentado la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada (especialmente con el Servicio de Geriátrica del Hospital de referencia), en los procesos de atención comunes para la población institucionalizada. En cuanto al consumo, entre 2005 y 2009, se ha evitado un gasto de 192 000 € sobre un presupuesto anual que oscila entre los 450 000 y los 690 000 €.

Discusión: Se puede afirmar que el establecimiento de una estrategia de intervención fundamentada en un programa de coordinación entre unidades gestoras, la comunicación y el trabajo en equipo permiten mejorar algunos indicadores de calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

Palabras clave: Residencias geriátricas, Gasto sanitario, Estrategias de intervención.

Elderly nursing homes: more coordination better results and more efficiency

Abstract

Introduction: For some years in Area 10 of primary health care, sanitary supplies for elderly nursing home residents have been delivered. In Autumn 2005 the annual increase in expenses for that item was around 70%.

Aim: to improve quality of health care given to elders living in elderly nursing homes in area 10 and efficiency in managing sanitary expenses in elderly nursing homes in area 10.

Material and methods: establishing communication and coordination links between staff from elderly nursing homes and primary health care centres and management was appointed to be the main strategic path to improve quality of health

care and efficiency in managing the expenses. By mean of coordination activities, working groups, information and training sessions and definition of procedures elderly nursing home health workers and staff from primary health care centres on which elderly nursing home depended were trained on rational use of drugs, increased coverage of service supplies, definition of procedures, coordination with assigned hospital, wound care material and other material use (glycaemia and oral anticoagulation treatment strips, diapers, dressings). We use monitoring indicators and deliver results to staff and direction of elderly nursing homes annually.

Results: Coverage of service supplies regarding patient suffering from chronic disease in elderly nursing homes in the area was increased 38,38%; six quality prescription indicators were improved among doctors with prescription licence, health assistance procedures were homogenized; coordination between primary and other medical specialities health care (mainly geriatrics unit in assigned hospital) was enforced for those procedures focused on elders living in elderly nursing home. Regarding the expenses, from 2005 to 2009 192 000 € were saved from an annual budget of 450 000 € to 690 000 €.

Discussion: All in all, we can state that establishing an intervention strategy based on a coordination between managing units program, communication and team work leads to improve some indicators about quality of health care and use of health resources efficiency.

Key words: Elderly nursing homes, Sanitary expenses, Intervention strategies.

Introducción

Los países desarrollados llevan varios decenios "envejeciendo". En España, el porcentaje de mayores de 65 años sobre el total de la población ha aumentado más del doble en solo cuatro décadas, pasando del 6% en 1950 al 16% en 1998^{1,2}. En 2009 la tasa alcanza el 16,6%³.

Por otra parte, los cambios sociológicos motivados por los nuevos modelos de familia y la rápida incorporación de la mujer al mundo laboral han contribuido al aumento del número de ancianos ingresados en residencias en los últimos años, ya que, fundamentalmente, las mujeres, esposas e hijas eran las que realizaban el cuidado y el apoyo informal a los ancianos^{4,5}.

En 2008, en España, el número total de plazas residenciales, públicas y pri-

vadas, era de 329 311 distribuidas entre 5091 centros. El 69% de las plazas de residencias se encuentran en las Comunidades de Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. El índice de cobertura de Madrid es del 5,36%, superior al 4,25% existente a nivel nacional⁶.

El 66% de usuarios que viven en residencia son mujeres, y el 62% tiene más de 80 años. Aproximadamente el 70% de los pacientes de residencias son personas en situación de dependencia. En Madrid, la proporción de mayores dependientes en residencias sobrepasa el 80% de los residentes⁶.

La población anciana es el grupo poblacional que presenta un mayor consumo de recursos sanitarios^{1,7,9} y la institucionalización de estos ancianos provoca mayor prevalencia de patolo-

gías crónicas, mayor deterioro psicosocial, dependencia funcional y comorbilidad, generando un aumento de la demanda de recursos y servicios sanitarios. La intensificación del envejecimiento demográfico a medio plazo ha encendido las señales de alarma sobre la sostenibilidad del actual gasto sanitario y la financiación futura del sistema sanitario¹.

En concreto, el gasto dedicado a la atención sanitaria de las personas mayores representa el 50% del gasto sanitario total y el 70% del farmacéutico. En este sentido, la sobreutilización de determinados subgrupos terapéuticos y el uso inadecuado de fármacos, más frecuente en pacientes institucionalizados por su mayor consumo diario de medicamentos por persona respecto del observado en la comunidad, implica riesgos por la aparición de interacciones medicamentosas, efectos secundarios, incumplimiento terapéutico, duplicidades y errores en la medicación¹⁰⁻¹³.

En 2009, en el Área 10 de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid el porcentaje de mayores de 65 años era del 11,2%. En octubre de 2009, en el Área 10 había 28 residencias de ancianos ubicadas en los municipios de Griñón, Getafe, Parla y Pinto: cinco de ellas son públicas, 14 privadas y nueve concertadas. El total de internos ascendía a 2500, que suponía el 0,74% de la población total del área y el 6% de los mayores de 65 años, llegando al 15,3% de los mayores de 75. Las residencias públicas cuentan con un médico en plantilla autorizado para prescripción en receta oficial.

Desde hace años, el Área 10 viene suministrando a estas instituciones material sanitario, tiras reactivas para glucemia, apósitos y absorbentes de incontinencia, y recientemente ha in-

corporado las tiras de control de anticoagulación oral (TAO), para su utilización por los profesionales sanitarios de las residencias en la atención a los ancianos.

En otoño del año 2005 se detectó un incremento en el gasto en material sanitario, tiras reactivas y apósitos suministrados a residencias del Área 10 cercano al 70% respecto del año 2004. A finales de 2005, el incremento en estos tres epígrafes fue del 48%, porcentaje que se reducía al 20% si se consideraba el gasto en absorbentes de incontinencia.

Este incremento interanual superaba el del gasto del Área, sin que se hubiera detectado ningún factor que pudiera explicarlo (el aumento de residentes en el periodo fue aproximadamente del 9%).

Con este punto de partida nos propusimos abordar el proceso en su conjunto y establecer una estrategia de actuación para mejorarlo. La principal línea de trabajo se encaminó al establecimiento de vínculos de relación y coordinación con los profesionales sanitarios y directivos de las Residencias.

Objetivos

Objetivos generales

- Contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria a los ancianos institucionalizados del Área 10.
- Mejorar la eficiencia en la gestión del gasto sanitario en las residencias de ancianos del Área 10.

Objetivos específicos

- Aumentar la coordinación entre el Área 10 y las residencias de ancianos del Área.

- Aumentar las coberturas de cartera de servicios de los EAP con residencias en su Zona Básica, mejorando el registro en historia clínica de OMI de los episodios de enfermedad crónica en los ancianos institucionalizados.
- Impulsar el uso racional de los medicamentos por los profesionales sanitarios de las residencias de ancianos del Área 10.
- Disminuir el incremento del gasto interanual en material sanitario de las residencias, para igualarlo al incremento general del gasto del Área 10.

Material y método

En otoño de 2005, la Comisión de Dirección del Área 10, tras observar la existencia de un área de mejora importante en la gestión del presupuesto consumido por las Residencias del área en material sanitario, inició una estrategia de mejora:

- Detección y análisis del problema (otoño 2005).
- Elaboración del plan de acción (diciembre 2005).
- Presentación a las residencias (enero 2006).
- Implementación de líneas (enero-diciembre 2006).
- Medición de primeros resultados (enero 2007).
- Introducción de mejoras y monitorización (semestral).
- Monitorización e inicio del ciclo con las nuevas residencias (desde 2008).

Detección y análisis del problema (otoño 2005)

Se analizaron las causas del incremento de gasto interanual en material sanitario de Residencias:

- Variabilidad en el consumo de material entre residencias.
- Variabilidad en la forma de indicación y uso de materiales sanitarios.
- Heterogeneidad en la petición de material para diabéticos, y otros de grupos de pacientes específicos (sondas, bolsas de orina, apósitos, absorbentes de incontinencia etc.).
- Indicadores de calidad de prescripción con amplio margen de mejora.
- Falta de fluidez en la relación entre residencias y departamentos de Gerencia, al no disponer de procedimientos estandarizados.

Elaboración del plan de acción (diciembre 2005)

Se celebró una primera reunión entre Directivos de la Gerencia del Área 10 y responsables de las residencias de ancianos (dirección y profesionales sanitarios). En esta primera toma de contacto se establecieron las bases del proyecto de colaboración que se ha ido desarrollando desde el 2005 y que continúa actualmente con la puesta en marcha de un nuevo proyecto específico para la zona básica de Griñón (que cuenta con 12 residencias y 765 residentes, distribuidos en siete municipios próximos entre sí).

Para lograr alcanzar los objetivos definidos se pusieron en marcha las siguientes actividades:

1. Mejorar la coordinación

- Celebración de reuniones periódicas de coordinación y seguimiento entre los profesionales de la Gerencia del Área 10 y los responsables de las residencias geriátricas, para analizar los resultados en calidad de prescripción y utilización de material sanitario, con el fin de proponer medidas correctoras a las desviaciones encontradas.
- Creación de grupos de trabajo:
 - Grupo de úlceras, heridas y apósitos (para protocolizar los cuidados y tratamiento de úlceras y heridas de acuerdo a los criterios que se utilizan en el Área, y difundir la evidencia científica al respecto, homogeneizando la indicación de tipo de apósito).
 - Grupo de trabajo para elaborar un indicador sintético que pudiera expresar el nivel de dependencia de los residentes de cada residencia, con el objetivo de analizar si el consumo en material sanitario se relaciona con el estado de dependencia de los residentes.
- Difusión mensual a las residencias públicas del informe de seguimiento de prescripción (indicadores cualitativos y cuantitativos).
- Difusión a las residencias públicas y privadas de información sobre sus consumos comparada entre residencias y con periodos anteriores.
- Elaboración de procedimientos de actuación, circuitos de comunicación y petitorios homogéneos de material, para protocolizar las diferentes acciones a seguir tanto en

las residencias existentes como en las de nueva creación.

Presentación a las Residencias (enero 2006)

Implementación de líneas (enero-diciembre 2006)

Medición de primeros resultados (enero 2007)

Durante el periodo 2006-2009 se han abierto seis nuevos centros sociosanitarios con residentes. En las seis ocasiones se ha puesto en marcha el protocolo de coordinación que incluye una reunión de acogida y reuniones de trabajo entre la dirección del establecimiento y la dirección asistencial, los departamentos de suministros, farmacia y atención al paciente del Área 10.

Se ha remitido una vez al año a todas las residencias información sobre consumos en material sanitario (comparando con años anteriores y entre residencias).

La información sobre calidad de prescripción a las residencias públicas con facultativo autorizado se ha remitido con periodicidad mensual.

Se ha elaborado un procedimiento general y cuatro específicos de actuación:

- "Procedimiento de gestión de residencias", que describe la sistemática utilizada en el Área 10 de Atención Primaria para llevar a cabo la acogida de nuevas residencias, la gestión del suministro de material sanitario y absorbentes y el proceso de atención sanitaria a los pacientes ingresados en las re-residencias.

A partir de este se han desarrollado específicamente otros cuatro procedimientos:

- "Acogida a las nuevas residencias del área" para difundir el proceso de solicitud y suministro de material sanitario y absorbentes, difundir el proceso de atención sanitaria a los pacientes residentes y promover la política de uso racional del medicamento y de recursos existente en el Área 10.
- "Proceso de atención sanitaria" a los usuarios de las residencias que recoge un circuito de prescripción y suministro de recetas a las residencias y los criterios de derivación a atención hospitalaria y activación del servicio de ambulancias.
- "Procedimiento de suministro de material sanitario" que normaliza la gestión del suministro a las Residencias y promueve el uso racional de estos productos,
- "Procedimiento de suministro de absorbentes" que recoge las instrucciones para el suministro de absorbentes de incontinencia y recomendaciones para la elección del tipo de absorbente.

2. Mejorar las coberturas de cartera de servicios de los EAP con residencias de ancianos

- Potenciar el registro en OMI de las historias clínicas de los ancianos institucionalizados por parte de los profesionales sanitarios del área.
- Desarrollo de una nueva actividad de coordinación con las residencias de la zona básica de Griñón consistente en adscribir todos los residentes institucionalizados a un único facultativo del centro de salud que se responsabiliza de la atención a todos los residentes de esta zona.

3. Promover acciones orientadas a difundir el uso racional del medicamento entre los profesionales sanitarios de las residencias del Área 10

- Realización de sesiones clínicas impartidas por el Servicio de Farmacia del Área 10 de Atención Primaria dirigidas a los profesionales sanitarios de las residencias.
- Continuar la remisión mensual de información cuantitativa y cualitativa sobre la prescripción en receta de los facultativos autorizados a prescribir en receta oficial de las residencias públicas.

4. Disminuir el incremento del gasto anual en material sanitario de las residencias

- Análisis conjunto con directivos de residencias la evolución del consumo y de los indicadores por residente y grado de dependencia.
- Presentación anual de información comparada de consumos en tiras reactivas, apósitos, absorbentes de incontinencia y resto de materia sanitario, así como de los indicadores por paciente para cada grupo de material suministrado.
- Elaboración de procedimientos unificados de utilización de material sanitario y absorbentes de incontinencia, difundidos a las residencias.

Indicadores de seguimiento

- Número de reuniones anuales de coordinación.
- Número de reuniones de acogida realizadas/número de residencias abiertas en el área.

- Número de sesiones formativas.
- Número de procedimientos elaborados.
- Gasto: Indicadores de área y por residencia, comparando con años anteriores:
 - Consumo anual en tiras reactivas.
 - Consumo anual en absorbentes de incontinencia.
 - Consumo anual en apósitos.
 - Gasto total en material sanitario.
 - Gasto por residente en tiras reactivas.
 - Gasto en apósitos por ulcerado.
 - Gasto en absorbentes por incontinente.
 - Gasto total por residente.
- Cartera de servicios: número de episodios abiertos en historias clínicas de residentes en el periodo estudiado de patologías prevalentes en ancianos:
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes mellitus.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - Inmovilizado.
 - Demencia.
- Monitorización de cobertura de la vacunación antigripal en trabajadores de las residencias.

Resultados

1. Mejora de la coordinación entre los equipos directivos y profesionales del Área 10 y de las residencias de ancianos de su ámbito geográfico

En el período 2005-2009 se han celebrado entre una y dos reuniones anuales de coordinación entre el equipo directivo del Área 10 y los directivos de las residencias. Se han mantenido reuniones de coordinación entre la dirección asistencial, responsables del departamento de suministros de la Gerencia y la dirección de la residencia, para iniciar la coordinación con las nuevas residencias abiertas en el área durante el periodo.

Se han formado dos grupos de trabajo:

Grupo de trabajo de úlceras, heridas y apósitos para definir criterios e indicadores de utilización de apósitos.

Grupo de trabajo para definir un indicador sintético del grado de dependencia de los residentes institucionalizados: seleccionó el test de Barthel como indicador sencillo y útil para medir el grado de dependencia y definió como indicador sintético el promedio de Barthel de los residentes institucionalizados.

Se ha elaborado un *protocolo de coordinación* para el establecimiento de acuerdos de coordinación con las nuevas residencias que se abren en nuestra área, y posteriormente hemos desarrollado cuatro procedimientos específicos:

- Acogida a nuevas residencias del área.
- Proceso de atención sanitaria en residencias.

- Procedimiento de suministro de material sanitario a residencias.
- Procedimiento de suministro de absorbentes de incontinencia a residencias.

2. Aumento superior al 38% en cobertura de Cartera de Servicios de atención a pacientes crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmobilizado y demencia) entre la población residente en residencias de la Zona Básica de Griñón, entre enero y septiembre de 2009, sin que se haya producido un aumento significativo en el número de residentes (tabla 1).

3. Mejora de siete indicadores de calidad de prescripción por facultativos de residencias con autorización de prescripción en receta oficial: entre los años 2006 y 2009, mejoran sustancialmente: medicamentos de alto impacto (13,40-13,08), porcentaje de genéricos (11,40%-19%), antidiabéticos de elección (74,4%-86,5%), penicilinas de elección (62,1%-64,5%), antiinflamatorios no esteroideos de elección (82,8%-93,3%) y antidepresivos de elección (56,5%-65,9%) y se mantiene el valor de los inhibidores de enzimas de conversión de la angiotensina de elección (92%-92%).

4. Disminución del incremento del gasto interanual en material sanitario de las residencias.

El número de residentes en residencias ha aumentado el 25% entre 2005 y 2009 y los incontinentes el 44%.

Se ha incrementado el consumo total en material sanitario de residencias un 27%, y en absorbentes de incontinencia el 47,50% y en el resto de material sanitario el 7%; mientras que ha disminuido en tiras reactivas el 37,19% y en apósitos el 13,9%.

La evolución del gasto por residente según material utilizado, desde los años 2005 al 2009, se presenta en la gráfica 1, donde puede observarse que el gasto de material para cada tipo de residente, entre 2005 y 2009, ha descendido: el gasto por residente en tiras reactivas el 50%, el gasto de apósitos por ulcerado el 18%, el gasto del resto de material por residente el 15%, mientras que el de absorbentes por incontinente ha aumentado el 2% y el gasto total por residente el 1%.

Si se hubiese mantenido el coste por residente, por ulcerado y por incontinente del 2005 a lo largo de estos cinco años, habríamos gastado algo más de 192 000 € más del gasto real, por lo que podemos afirmar que se ha evitado un gasto superior a los 190 000 €.

Tabla 1. Coberturas Cartera de Servicios 2008-2009, pacientes en residencias de Griñón

	Episodios a dic. 2008	Episodios a 30 sept. 2009	Incremento
DM	44	62	
HTA	127	167	
Cardiopatía isquémica	9	12	
EPOC	15	31	
Inmovilizado	7	8	
Demencia	69	95	
	271	375	38,38
Total de pacientes en residencia			349

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Todos los datos se muestran en las tablas 2 y 3.

5. Mejora de procesos clínicos y administrativos.

Dotación a todas las residencias de recursos materiales para la monitoriza-

ción de la anticoagulación oral (cociente internacional normalizado [INR]) por química seca.

Disminución de la carga burocrática en los centros de salud para la tramitación de la solicitud de efectos y accesorios sanitarios de las residencias.

Tabla 2. Consumos de residencias, n.º de residentes e indicadores

CONSUMOS RESIDENCIAS					
Año	Tiras	Apósitos	Resto material	Absorbentes	Total
2005	23 176,14	96 112,85	67 271,07	356 597,36	543 157,42
2006	20 960,22	95 307,04	55 329,69	419 805,38	591 402,33
2007	24 576,56	79 851,57	52 701,38	437 791,12	594 920,63
2008	27 457,37	88 720,06	51 452,81	531 107,50	698 737,74
2009	14 344,87	80 685,41	72 232,91	525 517,34	692 780,53
TOTAL	110 515,16	440 676,93	298 987,86	2 270 818,70	3 120 998,65
NÚMERO DE RESIDENTES					
Año	N.º RESIDENCIAS	N.º de residentes	N.º de ulcerados	N.º incontinentes	Incremento residentes sobre 2005
2005	22	1860	185	1277	
2006	24	2033	194	1396	9,30
2007	26	2275	205	1700	22,31
2008	28	2408	219	1906	29,46
2009	28	2337	189	1841	25,65
INDICADORES					
Año	Coste tiras/residente	Coste apósitos/ulcerado	Coste resto material/residente	Coste absorbentes/incontinentes	Coste total/residente
2005	12,46	519,53	36,17	279,25	292,02
2006	10,31	491,27	27,22	300,72	290,90
2007	10,80	389,52	23,17	257,52	261,50
2008	11,40	405,11	21,37	278,65	290,17
2009	6,14	426,91	30,91	285,45	296,44
CONSUMOS RESIDENCIAS SI SE HUBIESE MANTENIDO EL COSTE/RESIDENTE DE 2005					
Año	Tiras	Apósitos	Resto material	Absorbentes	Total
2005	23 176,14	96 112,85	67 271,07	356 597,36	543 157,42
2006	25 331,77	100 788,61	73 528,00	389 827,65	589 476,04
2007	28 347,16	106 503,43	82 280,48	474 718,49	691 849,55
2008	30 004,38	113 776,83	87 090,72	532 243,20	763 115,13
2009	29 119,70	98 190,97	84 522,84	514 092,20	725 925,71
TOTAL	135 979,15	515 372,69	394 693,11	2 267 478,91	3 313 523,85
GASTO EVITADO EN RESIDENCIAS ENTRE 2005 Y 2009					
Año	Tiras	Apósitos	Resto material	Absorbentes	Total
2005	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2006	4371,55	5481,57	18 198,31	-29 977,73	-1926,29
2007	3770,60	26 651,86	29 579,10	36 927,37	96 928,92
2008	2547,01	25 056,77	35 637,91	1 135,70	64 377,39
2009	14 774,83	17 505,56	12 289,93	-11 425,14	33 145,18
TOTAL	25 463,99	74 695,76	95 705,25	-3339,79	192 525,20

Diseño e implantación de informe de derivación al hospital con datos mínimos.

Realización de tres sesiones formativas en uso racional del medicamento, y dos sesiones sobre uso correcto de absorbentes y apósitos a los profesionales sanitarios de las residencias.

Organización de circuitos de difusión de todas las alertas de seguridad y actualizaciones farmacoterapéutica relacionadas con la prestación farmacéutica a la población institucionalizada.

Mejora de los procedimientos y formatos de petición mensual de material sanitario a la Gerencia de Atención Primaria, sistematizando la entrega de recordatorios con los criterios óptimos de utilización.

Priorización e implantación de actividades formativas específicas según las necesidades detectadas o planes asistenciales específicos: programa de atención al anciano polimedcado, plan de pandemia por Gripe A, plan de gripe estacional, y procedimientos comunes con los centros de Atención Primaria (laboratorio central informatizado).

Los resultados alcanzados, en resumen, son los que se muestran en la figura 1.

Discusión

La evolución actual del sistema sanitario y social ha llevado a un escenario donde diferentes organizaciones se responsabilizan de la atención de los ancianos, pero de una manera fragmentada y, a veces, excluyente. La po-

Tabla 3. Evolución de los indicadores

INDICADORES					
Año	Coste tiras/residente	Coste apósitos/ulcerado	Coste resto material/residente	Coste absorbentes/incontinentes	Coste total/residente
2005	12,46	519,53	36,17	279,25	292,02
2006	10,31	491,27	27,22	300,72	290,90
2007	10,80	389,52	23,17	257,52	261,50
2008	11,40	405,11	21,37	278,65	290,17
2009	6,14	426,91	30,91	285,45	296,44
% Reducción 2005-2009	-50,74	-17,83	-14,54	2,22	1,51

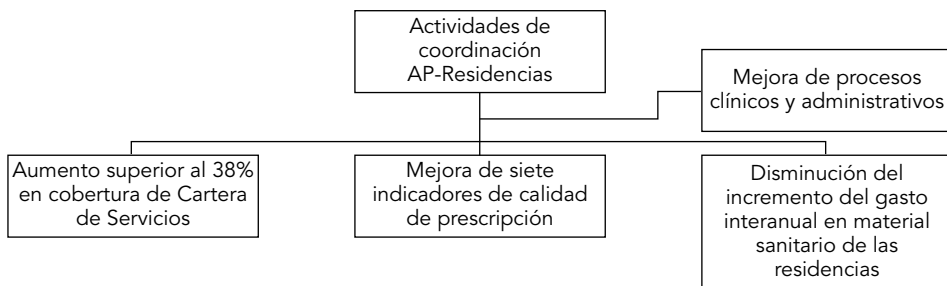


Figura 1

blación institucionalizada en las residencias es un colectivo frágil con necesidades especiales de atención socio-sanitaria y que genera costes elevados al Sistema de Salud y, por tanto, al conjunto de la sociedad. En la actualidad, no se dispone de modelos consolidados de coordinación e integración de servicios sanitarios y sociales que puedan dar respuesta escalonada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad. La coordinación entre residencias de ancianos y áreas de salud generalmente es escasa y, sobre todo, la ausencia de trabajo en equipo favorece que ciertas situaciones problemáticas no puedan resolverse con facilidad¹⁴.

Existe una oportunidad de mejora de la calidad asistencial disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica en la atención sanitaria a esta población, evitando el exceso o la infrautilización de recursos diagnósticos o terapéuticos no avalados por la literatura científica más reciente. Optimizar una atención farmacéutica eficaz y eficiente y promover acciones orientadas a

difundir el uso racional del medicamento y de mejora en la calidad son tareas que responsabilizan a todos los actores implicados en la prescripción farmacoterapéutica.

En el año 2005, en el Área 10 el incremento del gasto interanual en material sanitario para población en residencias había llegado a superar el 70%. Con una estrategia de actuación que engloba sencillas medidas de coordinación, organización de procedimientos, información sobre consumos y constitución de grupos de trabajo conjunto (Equipo Directivo del Área 10 y directivos y sanitarios de residencias), en los últimos cinco años se ha conseguido:

- Aumentar la cobertura de servicios de la Cartera de Atención Primaria en atención a pacientes crónicos en un 38,38% en uno de los municipios del área con 349 residentes institucionalizados.
- Homogeneizar los procedimientos de atención, revisando aquellas

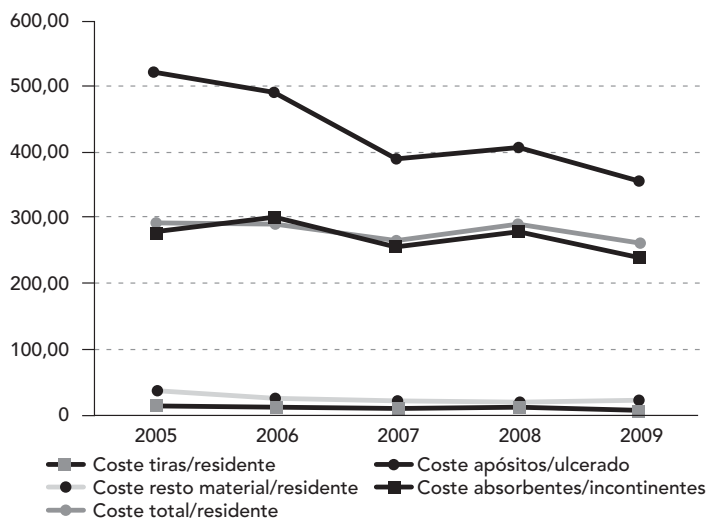


Gráfico 1. Evolución del gasto por paciente entre 2005 y 2009

áreas de mejora que han permitido equiparar la atención a la población no residente del Área Sanitaria (por ejemplo extendiendo en las residencias la práctica de la determinación capilar de INR, para la anticoagulación oral, como se realiza en los centros de salud del Área).

- Definir indicadores para monitorizar la atención sanitaria, y el análisis del gasto en material sanitario.
- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada (especialmente con el Servicio de Geriatría del hospital de referencia), en los procesos de atención comunes para la población institucionalizada. Específicamente, se han potenciado canales de comunicación para permitir adaptar las necesidades de atención sanitaria en las residencias a la organización interna del equipo de Atención Primaria, simplificando y evitando en lo posible los trabajos administrativos no asistenciales en el Centro de Salud.
- Mejorar seis indicadores de calidad de prescripción en las residencias con facultativo autorizado a la prescripción en receta oficial.
- Evitar un gasto de 192 000 €, sobre un presupuesto anual, que oscila entre los 450 000 € y los 690 000 €.

En general, la mejor coordinación ha supuesto una mejora en los procesos clínicos y administrativos. Las más recientes investigaciones^{15,16} subrayan la importancia de la promoción de vacunación antigripal de los trabajadores en contacto con los residentes por su influencia demostrada en disminución de la comorbilidad, mortalidad y utilización de servicios sanitarios de

los residentes. Por otra parte, la disminución de la carga burocrática en los Centros de Salud para la tramitación de la solicitud de efectos y accesorios sanitarios de las residencias ha permitido una mayor homogeneidad, y mejor adecuación y control de la prestación, como en el caso de los absorbentes de incontinencia urinaria.

En resumen, se puede afirmar que el establecimiento de una estrategia de intervención fundamentada en un programa de coordinación entre unidades gestoras, la comunicación y el trabajo en equipo permiten mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios y disminuir los riesgos sanitarios de los pacientes.

Bibliografía

1. Casado Marin D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit.* 2000;15(2):154-63.
2. Rojas Ocaña MJ, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez JB. Autonomía y estados de salud percibida en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2006;17(1):6-23.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE): Consulta Padrón Municipal 2009 (www.ine.es).
4. Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno J. Estado de salud y capacidad funcional en la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit.* 2004;18(4):268-74.
5. Morales Luque D, Martos López E, Gómez Jiménez L. Coordinación de los servicios de farmacia de atención primaria y los servicios

- sociosanitarios. En: Torres Bouza C, Matáix Sanjuán A, Morales Serna JC. Manual de farmacia de atención primaria. [Monografía en Internet]. SEFAP; 607-615. (acceso el 15 de junio de 2010). Disponible en: <http://www.sefap.org/modules.php?name=fap>
6. IMSERSO. Servicios sociales para las personas mayores en España. Enero 2008 (acceso el 15 de junio de 2010). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2008/volumen-1/09-informe2008-vol1-cap7.pdf>
 7. Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Eng J Med*. 2000;342(19):1409-15.
 8. Rice DP, Fineman N. Economic implications of increased longevity in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:457-73.
 9. Yang Z, Norton EC, Stearns SC. Longevity and health care expenditures: the real reasons older people spend more. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(1):S2-10.
 10. Sicras Mainar A, Peláez de Loño J. Mejora de la adecuación de uso de medicamentos y efectos en centros geriátricos mediante un programa de intervención. *Farm Hosp*. 2005;29(5).
 11. Fernández Liz E. Polimedición y prescripción inadecuada de fármacos en pacientes ancianos: ¿hacemos lo que podemos? *Aten Primaria*. 2006;38(9):476-82.
 12. Puche E, Luna JD, García J, Gónzora L. Reacciones adversas a medicamentos de pronóstico grave en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;28(4):193-7.
 13. Sicras-Mainar A, Pérez de Loño J, Castellá-Rosales A, Rejas-Gutiérrez J. Evolución del consumo de psicofármacos inapropiados en personas institucionalizadas. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(4):156-7.
 14. Coordinación de servicios sociosanitarios para la mejora de la prescripción y dispensación farmacológica en una residencia de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(6):331-41.
 15. Jordan RE, Hawker JI. Influenza in elderly people in care homes. *BMJ [Internet]*. 2006 Dic 16 [cited 2010 Jun 30];333(7581):1229-1230. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17170392>.
 16. Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ [Internet]*. 2006 Dic 16 [cited 2010 Jun 30];333(7581):1241. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142257>.

Creación de una unidad funcional de seguridad del paciente en un proceso de mejora European Foundation for Quality Management

González Pérez ME, Vázquez Troche S, Meijome Sánchez XM, Basante Rodríguez A, Santamarina Albertos M, Lojo Sánchez MD, Rodríguez-Hevia González A
Hospital el Bierzo. Ponferrada, León
marta.gonzalez@saludcastillayleon.es



Rosario González Sanjuan, Directora médica; Marta Eva González Pérez, Coordinadora de la unidad; Alicia Smucler Simonovitch, FEA de Hematología; Blanca de la Nogal Fernández, Farmacéutica; M.ª Teresa Sanz Lafuente, DUE de Farmacia; Xose Manuel Meijome Sánchez, Supervisor de organización; Alfonso Rodríguez-Hevia González, Director Gerente del Hospital; Ana Mª Prieto Blanco, Directora de Enfermería.

Resumen

Importancia y relevancia: Los efectos secundarios derivados de la prestación de la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, además del elevado impacto económico y social de los mismos.

En el Hospital El Bierzo, al realizar el proceso de autoevaluación del European Foundation for Quality Management (EFQM) para la renovación del sello de excelencia europeo, y con la finalidad de mejorar la gestión del centro y la calidad de las prestaciones, se revisaron la misión, visión y valores de la organización y se contempló la seguridad del paciente en la misión. Con el objetivo de mejo-

rar la seguridad de nuestros pacientes, el 13 de mayo de 2008 se puso en marcha una Unidad funcional de Seguridad del Paciente en el Hospital.

Objetivo general: Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de cualquier nivel de atención sanitaria del hospital El Bierzo, así como identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad del paciente.

Método: Se acuerda con la gerencia del hospital la implantación de la Unidad, y se aprueba la propuesta de personal integrante de la unidad, metodología, líneas de trabajo y principales objetivos. La unidad cuenta con un equipo multidisciplinario y son profesionales de las distintas unidades que hemos considerado que están directamente implicadas en la seguridad, así como miembros del equipo directivo.

Para empezar a funcionar se impartieron varios cursos con el objeto de difundir y fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los distintos profesionales del hospital, empezando por los integrantes de la unidad. Se impartieron sesiones dirigidas a los jefes de servicio o sección de las distintas especialidades y supervisoras convocadas por la dirección. También se elaboró material divulgativo con la misma finalidad.

Se analizaron los datos proporcionados por las diferentes fuentes de información para conocer la situación inicial de la que partíamos.

Resultados: Las claves de la unidad han sido identificar prioridades, utilizando adecuadamente los recursos, y aplicar la metodología pertinente, comenzando por promoción de la cultura de seguridad del paciente, formación a nuestros profesionales, identificación sistemática de riesgos, mediante la evaluación y priorización de estos, e implantación de diversas prácticas seguras.

Como sistema de validación se utiliza la metodología EFQM. Cada programa tiene sus objetivos, con sus criterios, estándares e indicadores que se miden periódicamente. Con el resultado de la evaluación se detectan oportunidades de mejora y se plantean medidas correctoras para realizar en un plazo de tiempo determinado y uno o varios responsables de realizarlas.

Promover la cultura de seguridad del paciente es un paso previo que nos permite mejorar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios y además una gestión más eficiente de nuestros recursos.

Palabras clave: Gestión de riesgos, Unidad de seguridad, Efectos adversos.

Establishment of a functional unit for patient safety improvement in a European Foundation for Quality Management

Summary

Importance and relevance: Side effects derived from providing medical care represent a high morbidity and mortality cause in all developed medical systems, apart from their high economic and social impact.

At El Bierzo hospital, while carrying out the EFQM self-assessment process to renovate the European excellence seal and to improve the institution management and the quality of the services provided, the mission, the view and the values of the organization and the patients' safety in the mission were revised. With the aim of improving our patients' safety, on 13th May 2008 a Functional Unit for Patients' Safety was started at this hospital.

General Objective: To promote and develop the knowledge and culture on patient's safety among professionals of any medical care level at El Bierzo hospital, as well as identify, evaluate, analyze and deal with the medical risks to improve patients' safety.

Method: The implementation of the aforementioned Unit is agreed with the hospital's manager, and so is the proposal on the staff that the unit consists of, the methodology, the lines of work and the main objectives. The unit has a multidisciplinary team who has professionals from the different units which we have considered as being utterly related to safety, as so is the management team.

In order to start functioning, several courses were given with the aim of spreading and promoting patients' safety culture among the different professionals from the hospital, starting by the members of the unit. Several sessions were given to heads of department or sections from the different specialities and also to female supervisors appointed by the management team. In addition, some word-spreading material was elaborated with the same objective.

Data provided by different information sources were analyzed in order to know the initial situation from which we started working.

Results: The unit key points have been: identifying priorities, using resources correctly and applying the appropriate methodology, starting by promoting patients' safety culture, training our professionals, identifying risks systematically through their evaluation and prioritization and through implementing varied safe practice.

EFQM methodology is used as a validation system. Each program has its objectives to reach, its criteria, standards and indicators that are regularly measured. Together with the assessment results, improving chances are detected and correction measures are presented to be carried out in a specific time limit, as well as one or several people in charge of carrying them out.

Promoting patients' safety culture is a previous step that allows us to improve the quality and safety of medical services, as well as a more efficient management of our resources.

Key words: Risks management, Safety unit, Adverse effects.

Importancia y relevancia

Los efectos secundarios derivados de la prestación de la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, además del elevado impacto económico y social de los mismos.

En los últimos años, la seguridad del paciente se ha convertido en un elemento clave de la calidad asistencial incuestionable. Es una clara prioridad tanto a nivel nacional como internacional. En 1999, el instituto de medicina de EE.UU. publicó *To err is human*¹, donde se constataba que la mortalidad atribuible a los efectos adversos prevenibles es de 44 000 fallecidos, siendo la octava causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en mayo de 2002 la alianza por la seguridad del paciente instando a los estados miembros a prestar la atención más cercana posible a la seguridad del paciente y a crear sistemas basados en pruebas científicas para mejorar la seguridad y la calidad de atención. En esta línea, la agencia nacional para seguridad del paciente del Reino Unido publicó *La seguridad del paciente en siete pasos*². La Joint Commission ha desarrollado, entre otros, los siguientes objetivos de seguridad del paciente: mejorar la efectividad de la comunicación, mejorar la identificación de pacientes, mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, eliminar errores quirúrgicos, mejorar la seguridad de las bombas infusión, mejorar la efectividad de los sistemas alarma y reducir el riesgo de infección nosocomial. Y a nivel nacional, la estrategia ocho del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud es "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud"³.

También se desarrolló en 24 hospitales nacionales el Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)⁴, en los que se revisaron 5.624 historias clínicas al alta de los pacientes para la identificación de posibles efectos adversos (EA) utilizando la Guía de Cribado del Proyecto IDEA. Se detectaron 1063 pacientes con EA durante la hospitalización, y la incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue del 9,3%. Los EA estaban relacionados principalmente con la medicación, las infecciones nosocomiales y un 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento. Por lo que se concluyó que los EA ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con el EA, más días de estancia, así como pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado en casi la mitad de los casos.

El Ministerio también ha realizado una revisión bibliográfica de los trabajos de costes de la "no seguridad de los pacientes"⁵. Se han analizado los procedimientos quirúrgicos, la infección nosocomial y los errores de medicación. El Sistema Nacional de Salud podría ahorrarse aproximadamente 700 millones de euros al año si se consiguiera evitar la parte prevenible de dichos EA: 192 millones de euros en procedimientos quirúrgicos, 417 millones de euros en infección nosocomial del sitio quirúrgico y 91 millones de euros por errores de medicación.

Por último, cabe subrayar que los costes calculados podrían representar únicamente la "punta del iceberg", ya que el porcentaje de efectos adversos que se declaran y que consecuentemente pueden ser analizados en estos estudios es todavía muy pequeño.

Ante esta situación, en el Hospital El Bierzo decidimos trabajar más en este campo, dentro del proceso de autoevaluación del EFQM para la renovación del sello de excelencia europeo y con la finalidad de mejorar la gestión del centro y la calidad de las prestaciones.

Con el objetivo de mejorar la seguridad de nuestros pacientes, el 13 de mayo de 2008 se puso en marcha una Unidad Funcional de Seguridad del Paciente (UFSP) en el hospital.

Objetivos

Objetivo general

Crear un equipo multidisciplinario con la finalidad de promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del Hospital El Bierzo, así como identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Formar y capacitar a los profesionales elegidos en estas áreas de conocimiento para que posteriormente, en el ámbito de su actividad puedan implementar acciones de mejora para la identificación de riesgos e incrementar la seguridad de los pacientes.
- Formar a todos los profesionales sanitarios del Hospital El Bierzo que deseen adquirir los conocimientos mínimos.
- Aprender de las experiencias del entorno más cercano y de otros países sobre cómo mejorar la seguridad clínica.
- Adquirir instrumentos y herramientas para el análisis y prevención de

los efectos adversos y errores en la atención sanitaria.

- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Método

Como punto de partida se realizó una búsqueda en Medline y revisión de prácticas clínicas en otros hospitales y comunidades autónomas, después de manifestar la dirección del centro su interés por fomentar y promocionar la seguridad del paciente. Se acuerda con la gerencia de hospital la implantación de la Unidad, y se aprueba la propuesta de personal integrante de la unidad, metodología, líneas de trabajo y principales objetivos. La unidad se crea inicialmente como una entidad que depende directamente de la gerencia en el organigrama del centro.

El Ministerio de Sanidad y Política Social y el Consejo Interterritorial nos conceden una subvención procedente de los fondos de cohesión para fomentar la cultura de seguridad en el centro, coincidiendo con la primera reunión de constitución de la UFSP, convocada por la gerencia.

El 13 de mayo de 2008 se puso en marcha la UFSP en el Hospital El Bierzo. El equipo es multidisciplinario y son profesionales con diferentes cometidos, por lo que su trabajo en la Unidad de Seguridad del Paciente es una función más. Esta Unidad está coordinada por la médico responsable de Medicina Preventiva, y cuenta con profesionales de las distintas unidades que hemos considerado que están directamente implicadas en la seguridad del paciente, según se refleja en el organigrama de la figura 1.

La unidad queda abierta a nuevas incorporaciones, según se considere conveniente.

Con el presupuesto de los fondos de cohesión concedido al proyecto "Diseño, desarrollo e implantación de una unidad de seguridad del paciente en el Hospital El Bierzo: formación básica" se impartieron varios cursos acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla y León, con el objeto de difundir y fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los distintos profesionales del hospital. También se visitaron otros hospitales con el objeto de observar en la práctica la utilidad de las herramientas de gestión de riesgos, y se asistió a distintos eventos sobre seguridad del paciente acontecidos en el 2008.

Se impartió una sesión dirigida a los jefes de servicio o sección de las distin-

tas especialidades convocada por la dirección médica, y a supervisoras convocada por la dirección de Enfermería.

Se elaboraron trípticos (uno de promoción de la Unidad y otro con el lema "Manos limpias salvan vidas") y se difundieron algunas de las alertas de la fundación Avedis Donabedian⁶ y la Joint Comission⁷ entre todos los profesionales.

Y se analizaron los datos proporcionados por dos cuestionarios realizados en el centro:

- "Cuestionario sobre seguridad de los pacientes"⁸ para medir el grado de conocimiento sobre seguridad del paciente entre los profesionales del hospital.
- "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en

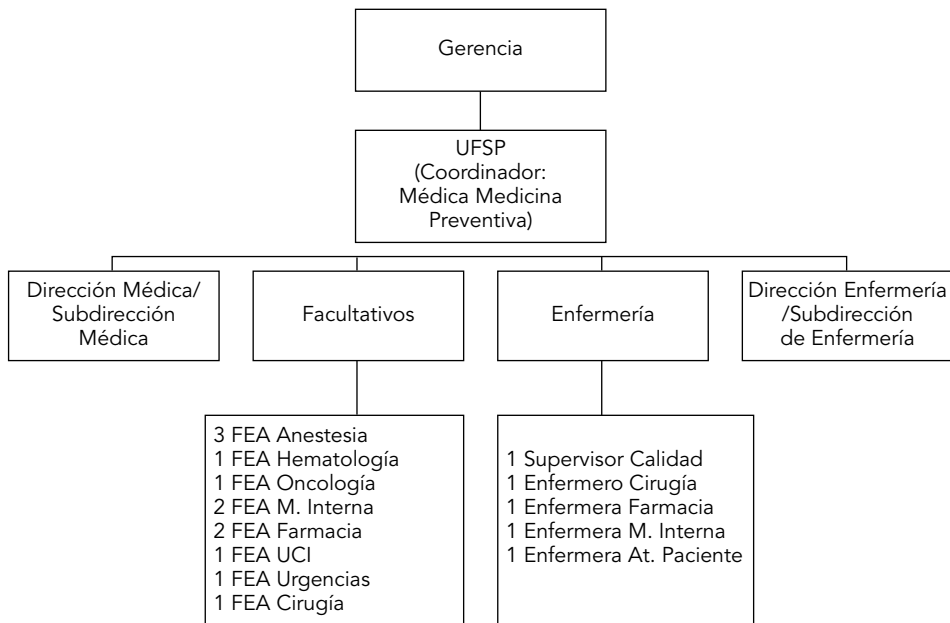


Figura 1

los hospitales" en nuestro centro, que fue diseñado originalmente por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en Estados Unidos⁹.

Finalmente se realizaron varios análisis de los registros que ya teníamos en el centro para conocer los efectos adversos ligados a la hospitalización:

- Evaluación del programa de promoción de la Higiene de manos (HM) desarrollado durante 2008, con la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud^{10,11}.
- Registro de caídas.
- Estudio de prevalencia de infección nosocomial en los hospitales españoles (EPINE).
- Incidencia acumulada de infección nosocomial.
- Programa de control de gérmenes multirresistentes.
- Resultados de la autoevaluación EFQM con identificación de fortalezas, áreas de mejora, así como debilidades y oportunidades.
- Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDAH).

Resultados

Las claves de la unidad han sido identificar prioridades de actuación, con eficiencia y aplicando la metodología pertinente. Se comenzó por promover la cultura de seguridad del paciente, mediante la formación de los profesionales, la identificación sistemática y la priorización de riesgos, y la implantación de diversas prácticas seguras.

En relación con los objetivos propuestos, nuestras líneas actuales de trabajo en el campo de la seguridad del paciente son las siguientes:

- Continuar con la difusión de la cultura de seguridad del paciente realizando sesiones de sensibilización sobre seguridad del paciente y el sistema de notificación implantado, que son impartidas por los miembros de la Unidad.
- Prevención de la infección nosocomial.
- Mantenimiento del programa de promoción de higiene de manos.
- Adaptación del proyecto de bacteriemias cero a la unidad de neonatología: revisión del protocolo, edición de carteles, charlas sobre seguridad del paciente, promoción de higiene de manos.
- Pilotaje de la utilización de soluciones diluidas de potasio para administración intravenosa en Medicina Interna: aprobación del protocolo de utilización del cloruro potásico en el hospital (según recomendaciones del Ministerio de Sanidad).
- Distribución de alertas entre el personal.
- Desarrollo de medidas de control sobre los medicamentos de alto riesgo comenzando con la elaboración de una guía en farmacia: administración de fármacos por vía parenteral.
- Participación en distintos proyectos multicéntricos sobre seguridad en el área quirúrgica y de urgencias.
- Prevención secundaria de los incidentes o accidentes que se declara-

ren mediante análisis causa raíz detectados a través del sistema de notificación.

- Realizar prevención primaria mediante análisis de modos y fallos en determinadas áreas y servicios.
- Iniciar el pilotaje del *checklist* de cirugía segura pilotando el *checklist* de la OMS en el quirófano de Otorrinolaringología.
- Formar un grupo multidisciplinar en área quirúrgica para realizar AMFE.
- Elaboración de un algoritmo de decisión sobre el manejo de hipoxia.
- Revisión del protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres.
- Realización de Checklist de carros de parada en las unidades de hospitalización.
- Establecer controles de seguridad en obstetricia.

Como sistema de validación se utiliza la metodología EFQM. Cada programa tiene sus objetivos a conseguir, con sus criterios, estándares e indicadores que se miden periódicamente. Con el resultado de la evaluación se detectan oportunidades de mejora y se plantean medidas correctoras para realizar en un plazo de tiempo determinado y uno o varios responsables de realizarlas.

Mediante el análisis de los resultados de los cuestionarios sobre seguridad comprobamos que nuestros resultados estaban por debajo de la media y los principales puntos críticos eran la formación del profesional y la escasa implantación de programas de calidad y gestión de riesgos.

Desde la puesta en marcha de la unidad se han impartido varios cursos

acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla y León con el objeto de difundir y fomentar la cultura de seguridad del paciente entre los distintos profesionales del hospital entre el 2008 y 2009.

Se ha elaborado material divulgativo: uno de presentación de la UFSP y otro sobre promoción de la higiene de manos.

Del análisis de las incidencias del sistema de notificación se han elaborado y difundido las siguientes modificaciones:

- Recomendaciones en cuanto a las plumas de insulina y cartuchos de insulina, y otros dispositivos de inyector reutilizables.
- Recomendaciones sobre "Parches transdérmicos de fentanilo (DUROGESIC) que se utilizan para el control del dolor".
- Recomendaciones sobre "suero fisiológico de lavado".
- Recomendaciones sobre "manejo de catéteres epidurales con perfusión de anestésico local asociado o no a opioides".
- Algoritmo de actuación ante hipoxemias graves intraoperatorias.
- Se comprobaron los sistemas para la administración de nutrición enteral y parenteral para evitar confusiones en la administración y se introdujeron sistemas luer lock en equipos parenterales, bombas y equipos de diferente color...
- Revisión de sistemas más seguros para la administración de ventolín inhalatorio que eviten errores de administración.

**APRENDIZAJE EN SEGURIDAD
COMUNICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO**

La notificación es anónima y voluntaria.

La información se utilizará exclusivamente para implantar mejoras

Fecha de notificación Fecha del incidente Hora del incidente	¿Quién notifica? (grupo profesional) ¿En qué área ocurrió? (quirófano, consultas, urgencias, hospitalización...)
Tipo de incidente (marcar con x) <input type="checkbox"/> Medicación ¿qué fármaco? <input type="checkbox"/> Pruebas diagnósticas ¿qué prueba? <input type="checkbox"/> Cirugía ¿qué procedimiento? <input type="checkbox"/> Otros procedimientos terapéuticos ¿qué procedimiento? <input type="checkbox"/> Hemoderivados ¿qué hemoderivado? <input type="checkbox"/> Equipos y dispositivos ¿qué equipo? <input type="checkbox"/> Oxígeno/gas ¿qué gas? <input type="checkbox"/> Identificación. Documentación al alta <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico y seguimiento <input type="checkbox"/> Dieta ¿qué dieta? <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Otros	
Por favor describa que ocurrió. <i>Describe el caso con sus propias palabras. Incluya la cadena de acontecimientos que ha provocado el problema con el máximo detalle posible, sin hacer mención específica a personas determinadas</i> <i>(sí puede ser interesante referirse a categorías profesionales para describir el incidente)</i>	
Desde su punto de vista, ¿ podría haberse evitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	
¿Qué factores contribuyeron a evitar el daño o a que el incidente no llegara al paciente? <div style="height: 100px;"></div>	

Continúa en pág. siguiente

Viene de pág. anterior

<p>¿Qué factores contribuyeron a su aparición?</p>	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionados con el paciente (barreras que dificultan la comunicación, ubicación del paciente...) • Protocolos (disponibilidad o no, difundidos...) • Comunicación entre profesionales (verbal, confusa, tardía, problemas con la terminología, abreviaturas...) • Disponibilidad de información sobre el paciente • Trabajo en equipo (asignación de responsabilidades, supervisión, búsqueda de ayuda...) • Formación/aprendizaje (programas de formación, planes de acogida...) • Equipos/dispositivos (mantenimiento, obsoletos, facilidad de uso...) • Fármacos (etiquetado, envases similares, nombres similares...) • Recursos humanos (valoración competencia antes de asignar tareas, reparto de cargas de trabajo...) • Factores ambientales (distracciones, ruido, interrupciones) • Situación de emergencia/imprevistos (ausencia de planes de actuación en situaciones de emergencia, imprevistos...) • Información al paciente (ausencia, poco clara, no escrita...) • Factores individuales de los profesionales (relaciones en el trabajo, problemas domésticos, enfermedad, preocupación...) • Otros
---	---

Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Como parte de las actividades de mejora continua en relación con los medicamentos, se ha implantado un programa informático para protocolizar la prescripción informática en Oncohematología para prevenir los errores de medicación. Actualmente se está trabajando en la implantación la prescripción electrónica con confirmación electrónica de administración de medicamentos por enfermería.

Dado que las infecciones nosocomiales constituyen una parte importante de los efectos adversos ligados a la hospitalización y serían prevenibles casi el 50%, su minimización es un objetivo prioritario de la unidad. En esta línea, uno de los programas más adelantados desde la puesta en marcha de la unidad es el de promoción de la higiene de manos bajo el lema "manos limpias, manos seguras". La campaña se desarrolló a lo largo de

2008 y 2009 mediante sesiones formativas, elaboración y distribución de trípticos. Se midieron resultados mediante cuestionario y monitorización^{10,11} en dos fases, pre- y postcampaña, así como de consumo de soluciones hidroalcohólicas (SHA), uso y mantenimiento de dispensadores. La adherencia mejoró del 25,4% al 47,7% después de la campaña. Los peores niveles de adherencia fueron antes y después del contacto con el equipo y el paciente. Se identificaron como principales causas de inadherencia a la HM: carga asistencial, tiempo insuficiente, elevado n.º de necesidades de HM y ausencia de clima de seguridad. Por otro lado, los médicos son los que tienen una menor adherencia.

Se comprueba que las campañas de HM no deberían ser algo puntual si no que se debería continuar con la promoción de la HM y SHA. Es importan-

te difundir los resultados obtenidos y valorar el impacto mediante indicadores de resultado centrados en la transmisión cruzada y desarrollo de brotes de infección nosocomial. Son necesarias nuevas estrategias para concienciar a los profesionales de la importancia de la HM en la seguridad del paciente, ya que la infección nosocomial es uno de los efectos adversos ligados a la hospitalización con mayor porcentaje de evitabilidad.

En este sentido, disminuir la infección de localización quirúrgica constituye un objetivo prioritario dentro de un modelo de excelencia EFQM. Una de estas medidas es la implantación de un protocolo de Profilaxis Antibiótica Perioperatoria (PAP) ajustado a nuestros procedimientos, adecuadamente consensuado y aprobado por la Comisión de Infecciones, así como la evaluación periódica del cumplimiento. Por ello, todos los años, desde el año 2002 se lleva a cabo la evaluación de los procedimientos quirúrgicos de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología, por miembros de la Comisión de Infecciones. La PAP ha mejorado en los últimos años desde el 50% en 2002 hasta el 78,7% en 2008 o el 70% en 2009. Las principales causas de inadecuación fueron: antibiótico inadecuado según protocolo, dosis inadecuada, pauta inadecuada, antibiótico indicado y no administrado, antibiótico no indicado y administrado. Y aunque la profilaxis ha mejorado en los últimos años, no todos los años se ha conseguido superar el estándar. Los servicios con mejor porcentaje de adecuación han sido Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología, mientras que el Servicio de Cirugía General es el que tiene mayores porcentajes de inadecuación. A la vista de los resultados, nuestro objetivo es conseguir una mayor implicación de los servicios quirúrgicos, para conseguir aumentar

la adecuación de las pautas de profilaxis hasta el 90%.

La evaluación periódica de la PAP debe orientarse como herramienta de mejora de la seguridad del paciente dentro de la gestión clínica de los servicios quirúrgicos, por ello se identificaron como áreas de mejora revisar el protocolo y valorar la necesidad de modificar las pautas de cada procedimiento quirúrgico basado en la evidencia científica, así como reflejar siempre en la historia clínica la PAP.

La vigilancia epidemiológica mediante la observación permanente de lo que acontece en el hospital en cuanto a infección nosocomial es la clave para conseguir la prevención y el control de las infecciones nosocomiales. Se está realizando anualmente vigilancia de determinados procedimientos quirúrgicos, así como vigilancia de la infección nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En 2008 se realizaron estudios epidemiológicos prospectivos de incidencia de infección de los siguientes procedimientos quirúrgicos según los protocolos y manuales del proyecto Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance (HELICS)^{12,13}: cirugía limpia de prótesis de cadera (HPRO) y de rodilla (KPRO), cesáreas (CSEC), colecistectomías (CHOL) y cirugía contaminada de colon (COLO).

En cirugía de prótesis, hemos obtenido unos valores de incidencia acumulada (IA) inferiores a los presentados en el último informe nacional HELICS¹⁴ (0% versus 1,5% en HPRO, y en KPRO 2,2% respecto a 3,2%). En el caso de las cesáreas, mantenemos unos niveles inferiores que los datos del informe HELICS¹¹ (3,3%). Sin embargo, en la cirugía limpia de vesícula, tenemos unos valores superiores a los datos del informe HELICS¹⁴ (3,5% frente a 1,8%). En el procedimiento de cirugía conta-

minada de colon los indicadores de ILQ también están por encima de los datos del informe HELICS¹⁴ (26,7% frente a 19,6%).

Estos resultados se presentaron en sesiones clínicas a los servicios implicados para evaluar en conjunto los problemas detectados, así como resaltar aquellas medidas preventivas de evidencia científica probada¹⁵⁻¹⁹ como son: adecuada preparación quirúrgica, profilaxis antibiótica perioperatoria, adecuada higiene de manos durante toda la hospitalización, correcta asepsia y antisepsia...

Se identificaron como áreas de mejora: revisión y actualización de todos los protocolos que afectan al área quirúrgica encaminados a prevenir la infección nosocomial basándonos en la evidencia científica (protocolo de profilaxis antibiótica perioperatoria, protocolo de preparación quirúrgica del paciente, normas de circulación y disciplina en el área quirúrgica), así como recordar los clásicos principios de Halsted (mantener una estricta asepsia, evitar que el paciente se enfríe, procurar la oxigenación de los tejidos durante la intervención) y todas aquellas medidas preventivas que conocemos y a veces se olvidan por un exceso de confianza en la profilaxis antibiótica administrada, como la adecuada higiene de manos. Medidas que en general, son sencillas, fáciles de realizar e incluso de bajo coste económico y, lo más importante, de eficiencia claramente demostrada. Se evaluará el cumplimiento de los protocolos anualmente según la metodología EFQM.

Como actividades futuras se intentará realizar evaluación y seguimiento del resto de procedimientos quirúrgicos en función de las necesidades.

También se realizó un estudio epidemiológico prospectivo de incidencia

de infección de los siguientes procedimientos en la UCI durante cinco meses en 2009, según la metodología HELICS²⁰: bacteriemias asociadas a catéter venoso central (CVC), neumonías asociadas a ventilación mecánica e infecciones urinarias asociadas a sondaje vesical.

La densidad de incidencia de bacteriemias asociadas a catéter vascular fue de 5,12 por 1000 días de catéter vascular, por encima de los estándares marcados. La densidad de neumonías asociadas a ventilación mecánica fue de 13,6/1000 pacientes-días de VM, que está dentro de la media. A nivel nacional, la DI fue de 14,95 por 1000 pacientes-días de ventilación mecánica. La DI de infecciones urinarias 9,24 IU por 1000 paciente-días de sondaje vesical, por encima de la tasa a nivel nacional, que fue del 4,76 %.

Como oportunidad de mejora, se va a realizar vigilancia continuada de las infecciones asociadas a CVC, neumonías asociadas a ventilación mecánica e infecciones urinarias asociadas a sondaje en la UCI de continuo o durante varios meses a lo largo del año 2010. Se están revisando los protocolos de inserción y mantenimiento de vías centrales y sondajes vesicales.

Conclusiones

La seguridad es un derecho del paciente y una obligación ética de todos los profesionales. El esfuerzo realizado muestra el interés del centro en promover y desarrollar la cultura de seguridad del paciente como paso previo que nos permita mejorar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios y además una gestión más eficiente de nuestros recursos.

Por el momento, no han sido necesarias inversiones adicionales, ya que

el personal que trabaja en gestión de riesgos lo hace durante su horario laboral. No se ha llevado a cabo un análisis pormenorizado del ahorro de costes desde que está la unidad funcionando, pero está claramente demostrado en la bibliografía que los efectos adversos generan un aumento de los costes indirectos de la asistencia sanitaria.

En resumen, las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente. Se hace necesaria una actitud más proactiva por parte de todos los profesionales, así como mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Somos conscientes de que nos queda un largo camino por recorrer para mejorar la seguridad de nuestros pacientes, como un elemento clave de la calidad asistencial, pero pensamos que como decía Bertrand Russell "Habiendo tantos errores para cometer, no vale la pena cometer el mismo dos veces".

Bibliografía

1. Kohn LT. To err is human: building a safer health care system. 1-11-1999. Institute of Medicine. <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> (accessed 17 Mar 2008).
2. La seguridad del paciente en siete pasos (NPSA-NHS). [accedido 15 enero 2010] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/>.
3. Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud. [accedido 15 enero 2010] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pnccalidad.htm>.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Seguridad del Paciente, Informe, Febrero 2006.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica de los trabajos de costes de la "no seguridad de los pacientes". Informes, estudios e investigaciones 2008.
6. Alertas de seguridad de la fundación Avedis Donabedian en <http://fad.onmedic.net/default.aspx?tabid=67>.
7. Alertas de seguridad de la Joint Commission en http://www.joint-commission.org/NR/rdonlyres/CEE2A577-BC61-4338-8780-43F132729610/0/NPSGChapterOutline_FINAL_HAP_2010.pdf.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Adaptación Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Informes, estudios e investigaciones 2007.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Informes, estudios e investigaciones 2007.
10. OMS. Manual de referencia para observadores. Proyecto atención limpia es una atención segura.
11. McAteer J, Stone S, Fuller C, Charlett A, Cookson R, Michie S,

- and the NOSEC/FIT group. Development of an observational measure of healthcare worker hand-hygiene behaviour: the hand-hygiene observation tool (HHOT). *Journal of Hospital Infection*. 2008;68:222-9.
12. HELICS. Vigilancia de Infecciones de Herida Quirúrgica. Versión 9.1. Septiembre de 2004. Proyecto encargado por la CE/DG SANCO/F/4. Número de referencia del acuerdo: VS/1999/5235 (99CVF4-025).
 13. HELICS win: Software for the European Surveillance of Nosocomial Infections. Versión 1.03. November 2005.
 14. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII, Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública e Higiene, Dirección General de Salud Pública del MSC. Informe de resultados de la vigilancia de infección nosocomial en España. Estudio piloto en el año 2007 según los protocolos del programa europeo HELICS. Madrid: CNE, SEMPSPH, MSC, 2008.
 15. Pittet D, Dharan S, Touveneau S. Washing hands after seeing patients. Handwashing reduces nosocomial infections. *Arch Intern Med*. 1999;159:821-6.
 16. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *Lancet*. 2005; 366:185-7.
 17. World Health Organization. WHO Guidelines for Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft). Geneva: World Health Organization, 2006. [accedido 15 abril 2009] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/g_hhad_download/en/index.html.
 18. World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for Safe Surgery. Geneva: World Health Organization, 2006. [accedido 15 abril 2009] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/WHO_Guidelines_Safe_Surgery_finalJun08.pdf.
 19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection Guidance. London: NICE, 2008 [accedido 15 abril 2009] Disponible en: www.nice.org.uk/Guidance/CG74.
 20. HELICS. Surveillance of Nosocomial Infections in Intensive Care Units. Versión 6.1. September 2004. Project commissioned by the EC/DG SANCO/F/4. Agreement Reference number: VS/1999/5235 (99CVF4-025).