

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

Volumen 6, Número 3

3º trimestre
JULIO
SEPTIEMBRE

2018



EN ESTE NÚMERO:

- *Calidad asistencial y seguridad del paciente en el siglo de oro: Bartolomé Hidalgo de Agüero*
Joaquín León, Julio López-Picazo
- *¿Dónde están las llaves? Mejora de la seguridad del transporte intrahospitalario urgente.*
Elena Avellán, Pilar Ferrer, Teresa R. Martínez, Carlos Marras
- *Proyecto NO HACER en Atención Primaria del Área 1 - Arrixaca. Una oportunidad para la mejora de la seguridad del paciente.*
Ana Belén Moreno, Julio López-Picazo
- *Rondas de Seguridad en la UCI general de la Arrixaca.*
Manuel Baeza, José Eugenio Martínez, Carlos Albacete, Rubén Jara, M^aLuz Alcaraz, M^a Eugenia Sánchez, Pilar Ferrer, Julio López-Picazo.

Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura



Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Antonia Ballesta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Pedro García, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Susana Reyes, Soledad Sánchez, Pedro Soler.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Calidad asistencial y seguridad del paciente en el siglo de oro: Bartolomé Hidalgo de Agüero

Joaquín León Molina¹

Julio J. López-Picazo F.²

¹ Enfermero documentalista. Geriátrica.

² Unidad de Calidad Asistencial.



TESORO DE LA VER- DADERA CIRVIA Y VIA PARTICVLAR CON- TRA LA COMVN.

COMPVESTO POR EL DOCTOR BARTOLOME
Hidalgo de Agüero, Médico y Cirujano, con la qual se haze
un perfeto Cirujano.

Corregida en esta última Impresion.



CON PRIVILEGIO.

En Valencia, en casa de Claudio Macé, junto al Colegio del
señor Patriarca. Año 1654. Y asuella.

Vendese en casa Claudio Macé menor, enfrente la Diputacion.

En el siglo XVI los hospitales renacentistas se convirtieron en instituciones dedicadas a la asistencia médica organizada y escenarios de enseñanza e innovaciones. Un ejemplo fue el Hospital del Cardenal de Sevilla donde desarrolló su trabajo Bartolomé Hidalgo de Agüero (Sevilla, 1531-1597).

Para superar el empirismo y la rutina algunos cirujanos se aventuraron a

lo que Laín Entralgo llamó "invención quirúrgica como aventura". Así, Bartolomé Hidalgo de Agüero desarrolló una técnica de tratamiento en seco para el manejo de heridas y, usando información de los registros del hospital, comparó la mortalidad entre éstos y otros pacientes cuyas heridas habían sido tratadas con 'el método húmedo'.

AGÜERO Y LA "VÍA PARTICULAR"

Antes del siglo XVI el tratamiento de heridas era empírico, basado en la curación por segunda intención (tradición galénica) que implicaba alentar el desarrollo del pus loable. Era la llamada "vía común", una técnica muy intervencionista que recurría a procedimientos húmedos para favorecer el pus, y al recurso de hierros para curar la herida. La alternativa de Hidalgo de Agüero fue la "vía particular" (método seco o desecante), que se basaba en limpiar la herida, aproximar bordes, no aplicar emolientes y dejar que siguiera su curso natural.

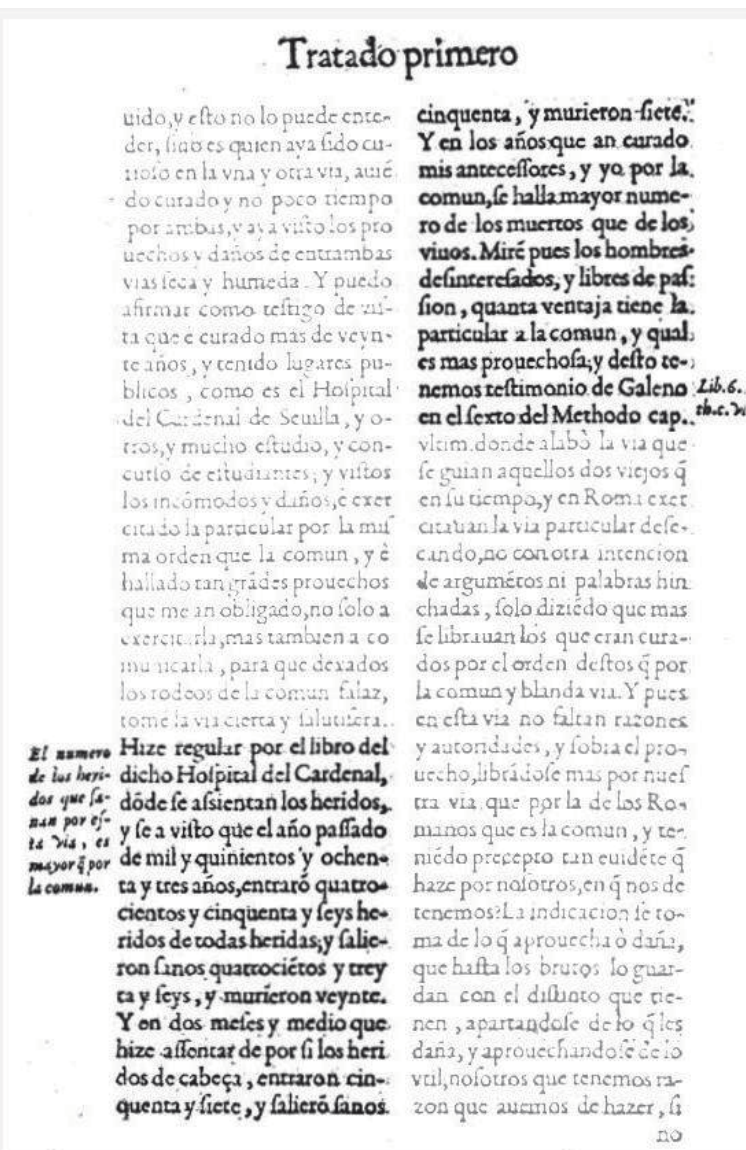
Expuso su teoría en sus Avisos particulares de cirugía contra la común opinión, cuyo texto fue incluido, junto con sus demás escritos, en **Tesoro de la Verdadera Cirugía y vía Particular contra la Común** (llamada o referida EN 1604), editado por su yerno siete años después de su muerte.

Sobre la base de la vía particular Hidalgo consideró inadecuado que se trepanase o legrase en la inmensa mayoría de las heridas cefálicas. Tanto su método curativo como esta actitud contraria a las intervenciones craneales fueron mantenidos por sus discípulos, entre los que se encuentran algunos de los mejores cirujanos españoles del siglo XVII.

EL TESORO DE LA VERDADERA CIRUGÍA

Es la publicación fundamental de Agüero una obra práctica, pensada para servir de guía a los cirujanos de su tiempo en circunstancias concretas. Está redactada en castellano sencillo y comprensible, sin complicaciones doctrinales, y no en latín, la lengua culta y más propia de los médicos. Reúne un conjunto diverso de escritos encabezados como Tratados.

El primero trata de la Verdadera Cirugía y en él se expone la vía particular de para el tratamiento de las heridas, junto a una recopilación de opiniones y modos curativos habidos desde el principio del mundo hasta ese momento. En otros tratados se exponen fundamentos y preceptos de la vía particular



con una suma de las razones de la vía particular (menos agresiva) y tradiciones de la vía común, y respuestas que hacen fuertes las razones particulares. Así, comenta que:

“Antes de que se introdujera [...] este nuevo modo de curar, duraba la cura de una herida penetrante muchos meses y por la mayor parte morían casi todos: y si alguno como por milagro quedaba con la vida, a mejor librar escapaba tísico. Ahora se curan dentro de siete días o en once, y a lo más largo en catorce”.

UN INVESTIGADOR QUE SE BASA EN DATOS Y HECHOS.

La principal aportación de Agüero no es tanto la vía particular sino cómo llegó a ella: **su manera de proceder supone los primeros pasos de la hoy llamada práctica basada en la evidencia, que implica la comparación de métodos de tratamiento y evaluación para lograr la mayor calidad asistencial y seguridad de los pacientes.** Demostró las ventajas de su cura frente a la tradicional recurriendo no sólo a su experiencia hospitalaria, sino también comparando resultados en base de datos numéricos, lo que constituye uno de los más tempranos intentos de utilización de la estadística hospitalaria (ver figura en esta página).

Pocos cirujanos renacentistas reunieron tal acopio de razones y mejor información clínica para mejorar el tratamiento de las heridas por arma blanca, recurriendo a la estadística para demostrar su eficacia. Según Hidalgo, la tasa de mortalidad con el método seco fue de alrededor del 3%, en comparación con más del 50% con el método húmedo.

Las ciencias aplicadas no existen, sólo las aplicaciones de la ciencia.

Louis Pasteur (1822-1895). Microbiólogo francés.

LA INVESTIGACIÓN DE AGÜERO, A TU ALCANCE

Las bibliotecas digitales son un recurso documental que facilita el acceso a este tipo documentos antiguos. Un ordenador y una conexión a internet es lo único necesario para acceder a ellos en un breve espacio de tiempo. En España, algunos ejemplos de bibliotecas donde consultar y/o descargar el libro de Agüero son:

- Biblioteca Virtual Miguel Cervantes: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/tesoro-de-la-verdadera-cirurgia-y-via-particular-contra-la-comun-3/>
- Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliográfico: <http://bvpb.mcu.es/es/consulta/registro.cmd?id=420113>
- Biblioteca Digital Complutense (Dioscóridos): http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/grabados/consulta_grabados_Auto.asp?lam_sec=112502&lib_eje=x532348752
- Google Books: https://books.google.es/books/about/Tesoro_de_la_verdadera_cirurgia_y_via_par.html?id=7QxQDqOD_mkC&redir_esc=y

Además de hojear su libro, puedes saber más cosas sobre Bartolomé Hidalgo de Agüero en internet:

- <http://www.mcnbiografias.com/app-bio/do/show?key=hidalgo-de-aguero-bartolome>
- <http://www.jameslindlibrary.org/articles/bartolome-hidalgo-de-agueros-16th-century-evidence-based-challenge-to-the-orthodox-management-of-wounds/>
- <http://dbe.rah.es/>

- http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/3_7.html
- [https://sevillapedia.wikanda.es/wiki/Hospital_de_San_Hermenegildo_\(Sevilla\)](https://sevillapedia.wikanda.es/wiki/Hospital_de_San_Hermenegildo_(Sevilla))
- <http://www.galeon.com/juliodominquez/2011d/herme.html>

Por último, la bibliografía utilizada para elaborar este artículo:

1. Granjel LS, Forteza JA. Historia de la medicina española. Barcelona 1962. 205 p. p.
2. Hernandez Morejon A. Historia bibliografica de la medicina española. Madrid: Impr. de la viuda de Jordan e hijos; 1842.
3. Lain Entralgo P. Historia de la medicina. 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores; 1978. 578 p.
4. Lopez Piñero J. Materiales para la historia de las ciencias en España: siglos XVI-XVII. Valencia: Pre-Textos; 1976. XI, 314 p. p.
5. Lopez Piñero JM. Breve historia de la medicina. Madrid: Alianza; 2000. 251 p. p.
6. López Piñero JM. Química y medicina en la España de los siglos XVI y XVII : la influencia de Paracelso. Salamanca: [s.n.]; 1972. 40 p. p.
7. López Piñero JM. Historia de la medicina universal. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2010.
8. Guerra Gil A. El hospital de San Hermenegildo en la historia: la reducción hospitalaria [Tesis Univ de Sevilla]; 1985.
9. Herrera J. El hospital del cardenal de Sevilla y el Dr. Hidalgo de Agüero. Visión histórico-sanitaria del hospital de S. Hermenegildo (1455-1837). Sevilla: Fund. cultura andaluza; 2010.
10. Chinchilla A, Mateu Cervera J, Alvarez Alcalá F, (Madrid) RCdCdSC, Legal UCMFdMEDM, (Valencia) IdLyC. Anales históricos de la medicina en general, y biográfico-bibliográfico de la española en particular. Valencia: Imprenta de López y Compañía; 1841.
11. Rodríguez-Sala ML. Los cirujanos privados en la Nueva España. 1ª parte 1591-1769: ¿Miembros de un estamento profesional o de una comunidad científica? 1ª ed. México DF: Univ. Nacional Autónoma de México. Academia Mexicana de Cirugía: Patronato Hospital de Jesús; 2011. 544.
12. Salinas Araya A. Tradición e innovación en la medicina española del renacimiento. Ars Medica, Revista de Estudios Médicos Humanísticos. 2001;30(1).
13. Bowers KW. Tradition and Innovation in Spanish Medicine: Bartolome Hidalgo de Agüero and the Via Particular. Sixt Century J. 2010;41(1):29-47.
14. Moreno-Egea A. Contributions from the Spanish Renaissance surgeons. Rev Hispanoam Hernia. 2016;4(4):163-72.
15. Real Academia H. Bartolomé Hidalgo Agüero 2018 [Available from: <http://dbe.rah.es/biografias/12009/bartolome-hidalgo-de-aguero>.
16. Solís C. Bartolome Hidalgo de Agüero's 16th century, evidence-based challenge to the orthodox management of wounds. J R Soc Med. 2012;105(9):401-2.
17. Hidalgo de Agüero B, Cormellas Sd. Tesoro de la verdadera cirugía y vía particular contra la común. En Barcelona: por Sebastian de Cormellas y a su costa; 1624. [24], 582, [10] p. p.
18. León Molina J. Referencias al aparato digestivo en los textos de materia médica impresos en España durante el Renacimiento y recuperados en bibliotecas digitales [Tesis-Universidad de Murcia]. Murcia: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina.; 2013.
19. León Molina J. Nursing texts printed in Spain during the sixteenth and seventeenth centuries available in digital libraries. Enfermería Global. 2013;12(32):280-7.

¿Dónde están las llaves?

Mejora de la seguridad del traslado intrahospitalario urgente

Elena Avellán Caro¹, Pilar Ferrer Bas², Teresa Rosario Martínez López³, Carlos Marras Fernández-Cid⁴

¹ Supervisora del Hospital de Día (en funciones)

² Supervisora del Área de Calidad y Seguridad de Enfermería

³ Jefa de celadores de Maternal, Infantil y H. de Día

⁴ Jefe de Servicio de Reumatología

Poderoso caballero es don Dinero, decía Quevedo. Sin embargo hay ocasiones en que las cosas no se arreglan con dinero, o al menos no sólo con dinero. No todo. He aquí un ejemplo donde una inversión de la Arrixaca necesitó de algo más para ser totalmente efectiva.

UNA INVERSIÓN PARA SOLUCIONAR UN PROBLEMA

Como todos probablemente sabréis, no hace aún mucho tiempo, cuando alguno de los pacientes a los que se les administraba tratamientos oncológicos en la antigua "Escuela de Enfermeras" (hoy transmutada en Hospital de Día) se ponía muy

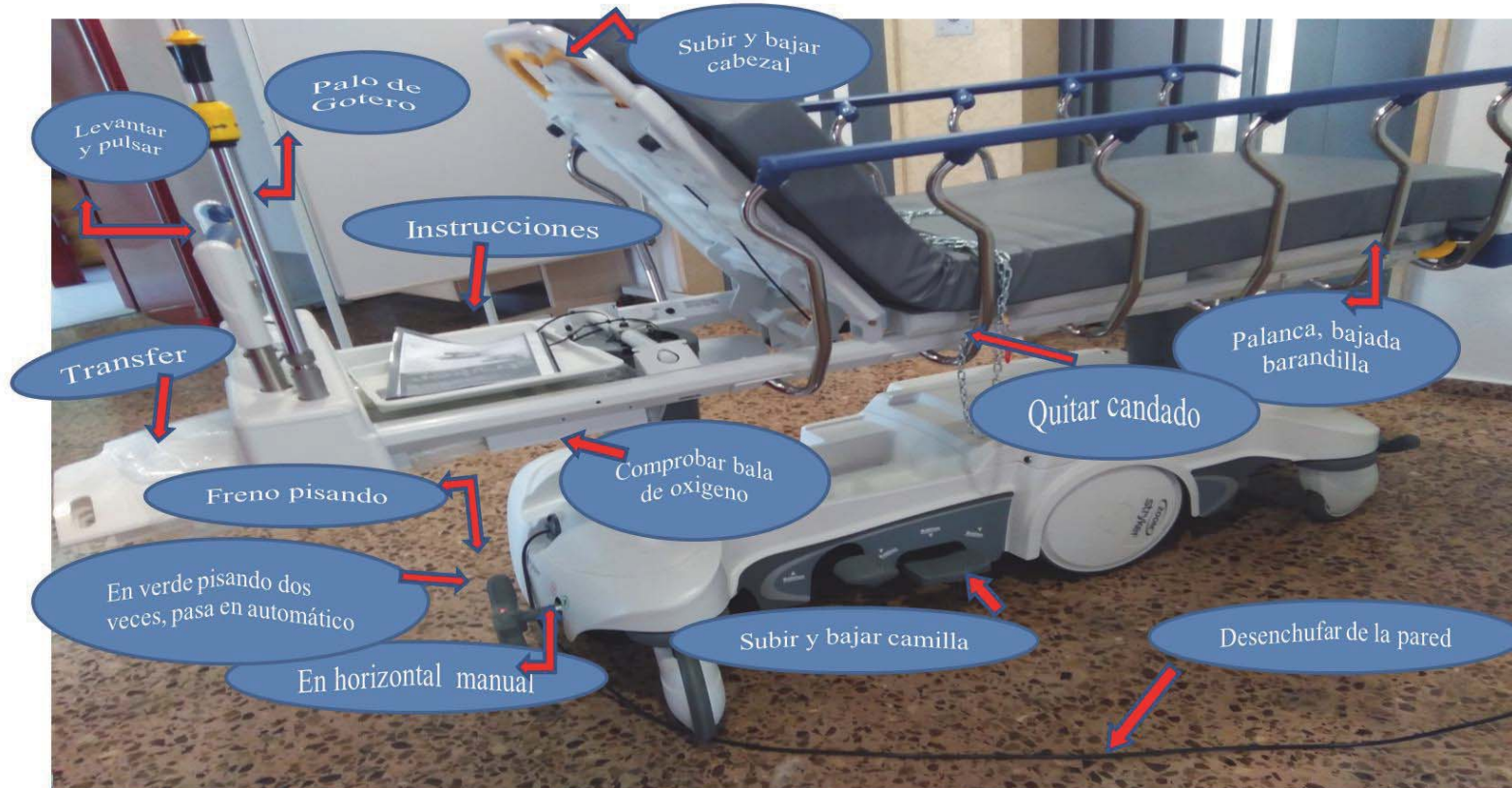


Figura 1. Camilla adquirida para el traslado urgente de pacientes desde el hospital de día a puerta de urgencias. Sobreimpreso, instrucciones breves de manejo (reproducción parcial del cartel que figura junto a la ubicación del recurso en el hospital de día).

ma es que la única opción alternativa, llamar a una ambulancia para que se encargara del traslado en superficie, producía retrasos, dado que no siempre había alguna cerca y disponible. Ahí entró en juego el factor económico, la inversión que solucionaría el problema por sí misma. Se decidió adquirir dos camillas, altamente seguras, para vencer las pendientes de las rampas y realizar el traslado de los pacientes por el pasillo interior de la planta -2. Comprando ese equipo sería posible obviar las ambulancias y realizar estos traslados con un método sin duda más rápido, y también suficientemente seguro.

UN PROBLEMA CAUSADO POR UNA INVERSIÓN

Sin embargo, una vez las adquiridas y ubicadas las camillas en el hospital de día, pronto fue evidente que, cuando viajaban, no siempre lo hacían con billete de ida y vuelta. También se comprobó que su excelente diseño y facilidad de manejo las convertían en una herramienta golosa, con alto riesgo de que estuvieran siendo utilizadas con otro fin cuando surgiera la necesidad de traslado urgente. La inversión económica realizada perdía su justificación si no se podía contar con ellas cuando se necesitaran para lo que se habían adquirido.....y precisamente con ellas.

Por eso, se pensó en una solución para evitar el riesgo de "desaparición" de las camillas: se ideó un sistema de sujeción de cada camilla con candados, en el lugar donde debían de situarse en espera de uso. Y la llave que los abre custodiada en el interior de los bolsillos del personal que apoya siempre los traslados. Todo solucionado.

Sin embargo, pronto se recibió una notificación en el SINASP, el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente funcionando en el Área 1 - Arrixaca. Estaba relacionado precisamente con el traslado de un paciente desde el hospital de día hasta la puerta de urgencias. ¿El motivo?: ¿Dónde están las llaves?

malito y había que trasladarlo a la Puerta de Urgencias del General para que lo atendieran, la opción era avisar a una ambulancia para "salvar la calle". Lo que quizá ya no todos sabéis es el porqué. Lo cierto es que el pasillo interior que comunica entre sí todo el hospital (¿lo conocéis? Está a la altura de la planta -2) no está exento de rampas de inclinación considerable que hace el transporte de pacientes bastante inseguro. El proble-

UNA SOLUCIÓN DE DISEÑO

Recibida la notificación, el Núcleo de Seguridad indagó las circunstancias que rodearon el incidente. Tras un breve análisis, rápidamente se concluyó que no era sólo un problema de llaves. Situaciones frecuentes (camilla en su ubicación, pero no disponible al estar retenida por cadena y candado) podrían hacer que esta situación se repitiera. La solución, algo más que guardar las llaves: diseñar, escribir y difundir un procedimiento (un circuito) que nos dijera quién, cuándo y cómo se realiza el traslado urgente desde el hospital de día.

La normalización, protocolización, descripción de circuitos, o de roles, (como es el caso de la actuación ante una parada) parecen a primera vista superfluos, inútiles, excesivos y (oído más de una vez) "una tontería más" de las personas que, como los miembros del Núcleo de Seguridad, se preocupan de forma especial por la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, que "no tienen otra cosa mejor que hacer". Sin embargo la experiencia y la evidencia nos aseguran que cuando los profesionales cuentan con guías de actuación, desde la más sencilla hasta la más compleja, ganan confianza en su quehacer, se evita variabilidad en las decisiones, la seguridad del paciente aumenta y los incidentes disminuyen.

En esta ocasión se creó y reunió en repetidas ocasiones un grupo multiprofesional, los firmantes de este artículo. En ellas se diseñó y consensuó un circuito sencillo y práctico cuya finalidad es mejorar el traslado de los enfermos y disminuir los tiempos de espera desde que surge la necesidad del traslado hasta que se inicia. Además, asegura que se tiene el conocimiento de uso de la camilla, de la revisión de su mecanismo y del de las bombonas de oxígeno incluidas en ellas.

El circuito así diseñado confirma que la normalización de las actividades, en las que en la mayoría de las ocasiones participan varios profesionales, mejora la seguridad del paciente. Aquí lo tenéis:

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. PROCEDIMIENTO PARA EL TRANSPORTE URGENTE DE PACIENTES DESDE EL HOSPITAL DE DÍA A LA PUERTA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL

Versión 1.0. Fecha de elaboración, 2018. Aprobado por el Núcleo de Seguridad, 2018. Fecha de revisión, 2023.

Gestión de Transporte y Material.

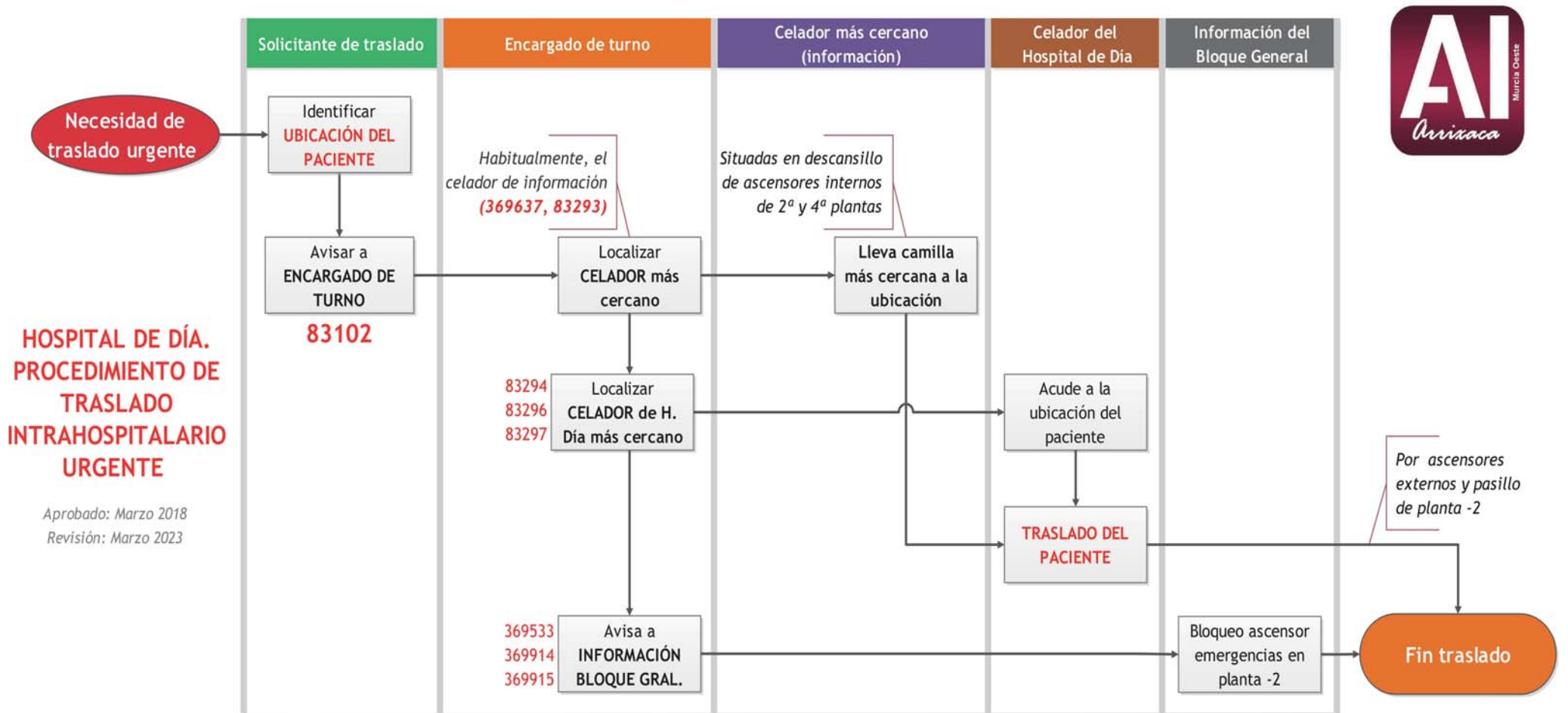
- > **QUÉ.** Hay dos camillas especiales de transporte dotadas de sistema de seguridad y balas de oxígeno integradas.
- > **DÓNDE.** Se encuentran situadas en el descansillo de los ascensores internos de la 4ª planta y la 2ª planta del Hospital de Día (antigua Escuela de Enfermeras). Se intercambian semanalmente.
- > **CÓMO.** Para agilizar su uso, ambas camillas permanecerán sin candado mientras el Hospital de Día permanezca abierto. Quedaran sujetas con candado al cierre del mismo.
- > **QUIÉN.** La Persona responsable de abrir, cerrar y conservar el candado es el celador que abre y cierra el hospital de día. Los celadores que intercambian la camilla de la 2ª a la 4ª, y viceversa, una vez a la semana, realizarán ese día la comprobación de la bala de oxígeno.

Una copia de este procedimiento, así como las instrucciones para el correcto manejo de la camilla queda en el estar de celadores, El objetivo es asegurar su conocimiento por el personal no sanitario que cumpla servicio en esos puestos.

Procedimiento: circuito de comunicación y actuación.

Ante la necesidad de transportar a un paciente de manera urgente a la Puerta de Urgencias del H. General, se actuará en el orden siguiente:

- 1** Llamar al encargado de turno al 83302 identificando la ubicación del paciente. Éste último localizará al celador más cercano a la incidencia para que acuda, que en principio será el celador de información.
- 2** El celador más cercano (usualmente, el celador de información, localizable en números 369637 y 83293) utilizará la camilla más próxima a la ubicación del paciente.
- 3** El encargado de turno también localizará a los celadores del Hospital de Día (números 83294, 83296 o 83297) para que el más próximo acuda al lugar de la incidencia (2ª ó 4ª planta).
- 4** El encargado de turno llamará también a Información del Bloque General, quien bloquea el ascensor de emergencias en el sótano de la planta -2.
- 5** El celador del hospital de día que acudió a la llamada traslada al paciente utilizando los ascensores externos y el pasillo interior existente en el nivel -2.



Proyecto NO HACER en Atención Primaria del Área 1 - Arrixaca. Una oportunidad para la mejora de la seguridad del paciente

Ana Belén Moreno López
Julio J. López-Picazo Ferrer
Unidad de Calidad Asistencial.

El primer paso hacia el bien es no hacer el mal.

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). Polímata suizo.

La medicina basada en la evidencia ha supuesto un cambio de paradigma en el modo de entender la medicina. Fue el punto de partida de estudios e iniciativas sobre la pertinencia de la indicación de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos. En este contexto, y al igual que en otros entornos, en España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para acordar recomendaciones de "no hacer" (RNH) basadas en la evidencia científica. Prácticas sin evidencia son no sólo inútiles y un derroche de tiempo y dinero, también ponen en riesgo la seguridad de los pacientes que atendemos. La Unidad de Calidad Asistencial de la Arrixaca ha puesto en marcha un proyecto para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes que atendemos disminuyendo nuestra prevalencia de prácticas a "no hacer". Hablamos hoy de ellas en el entorno de la atención primaria.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Se realizó la búsqueda de RNH de las diferentes sociedades científicas,

enmarcadas en el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", disponibles en la página web del ministerio, http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm.

Se identificaron 252 recomendaciones, de las seleccionamos 26 atendiendo a su factibilidad de medición e importancia teórica. De ellas, 9 son de atención primaria. De forma operativa se acordó fijar como estándar una prevalencia admisible de hasta un 5% de actuaciones no recomendadas.

PROYECTO NO HACER - ATENCIÓN PRIMARIA



12 - Paracetamol: 1g vs 650mg No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.
22 - Enfermedad tiroidea: múltiples pruebas No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y en caso de que fuera anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento según los hallazgos.
26 - PSA en pacientes asintomáticos No solicitar PSA en pacientes mayores de 70 años sin antecedentes familiares de cáncer prostático ni sospecha de enfermedad prostática
24 - Diabetes: HbA1c en buen control clínico En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1c más de dos veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a tres meses.
18 - Lumbalgia inespecífica: pruebas de imagen No realizar pruebas de imagen en casos de lumbalgia sin signos de alarma
13 - Parkinson: Fármacos efectos extrapiramidales No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson.

RESULTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se ha detectado práctica inadecuada por encima el estándar fijado (5%) en 6 de los 9 indicadores, afectando a un total de **¡67.063 pacientes!**, un 28% del total del área 1.

RNH.12 - Paracetamol: prescripciones de 1g versus 650mg

Durante 2016, los 286 médicos de familia del Área 1 realizaron 12.665 prescripciones de envases de paracetamol 650 mg. y 137.482 de 1 g., lo que supone un **91,6% práctica inadecuada**. Por centro de salud estos porcentajes oscilaron entre el 86,8% del EAP04, y el 96,7% del EAP52 (mediana 92,2%), mientras que por médico el mínimo se situó en el 59,2% y el máximo en 98,9% (mediana 93,6%).

RNH.22 - Enfermedad tiroidea: múltiples pruebas en valoración inicial.

Se identifican 30.472 pacientes adscritos a 143 médicos y 41 pediatras del área con petición de TSH en 2016 y sin peticiones previas en 2015. De éstos, existen 21.610 peticiones simultáneas de T4 y TSH, lo que supone un **70,9% de práctica inadecuada**. Por centro de salud los valores oscilan entre el 48,5% del EAP34 y el 79,4% del EAP03 (mediana 70,2%, desviación 7,9%).

RNH.26 - PSA en pacientes asintomáticos.

En base a la evidencia existente no se recomienda realizar PSA para el cribado de cáncer de próstata en hombres de 70 y más años. Por ello, partimos de que todas las peticiones en mayores de 70 años sin antecedentes familiares ni enfermedad prostática son inadecuadas. En el grupo de 55 a 69 años se recomienda que los clínicos informen sobre los beneficios y daños potenciales del cribado mediante el PSA, individualizando la decisión tras esta valoración.

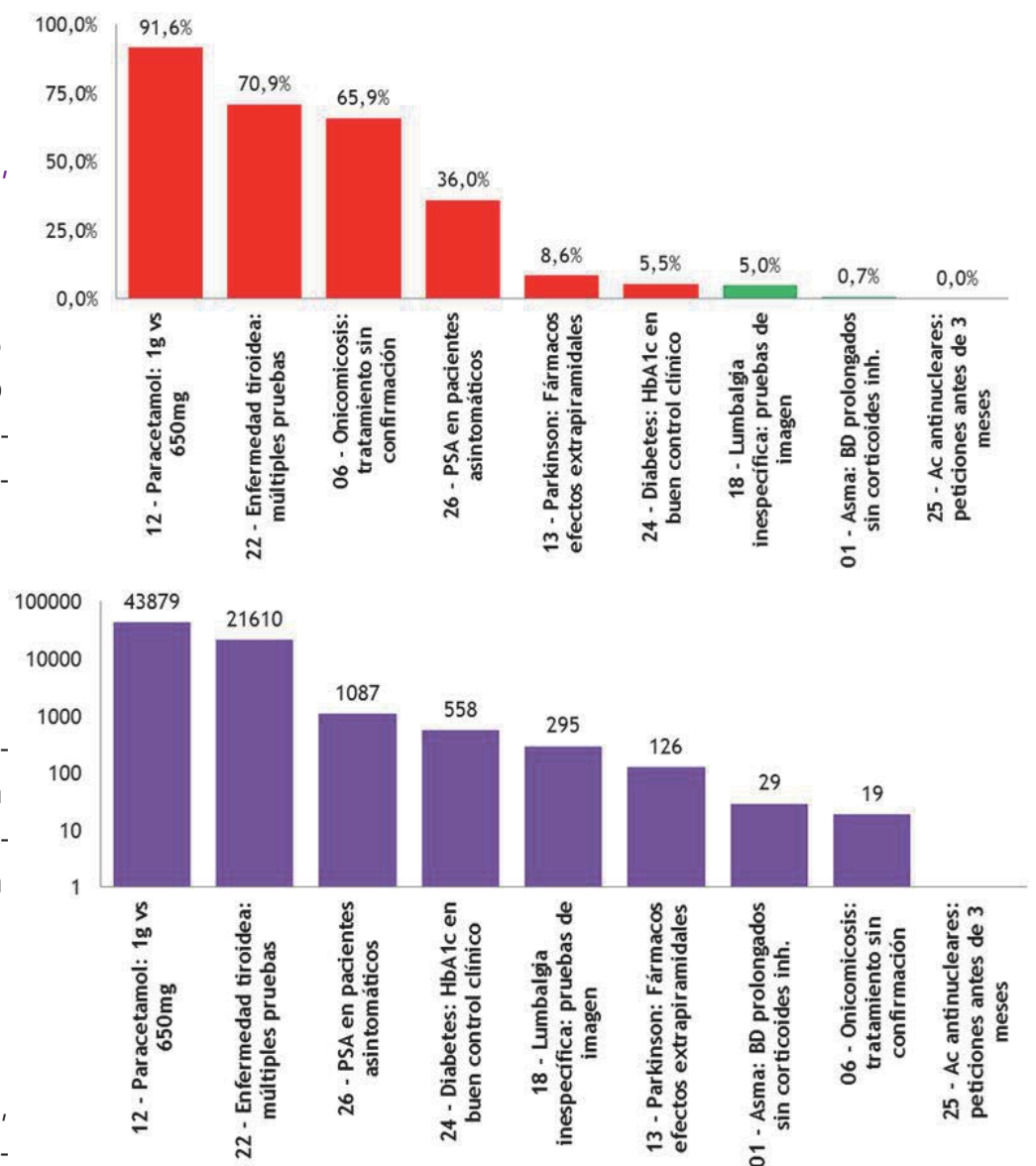


Figura 2. Evaluación de las Recomendaciones NO HACER en Atención Primaria. Arriba, porcentaje de práctica inadecuada detectado: en rojo (6/9), los superiores al 5%; en verde (3/9), los inferiores. Abajo, número de pacientes en que se ha detectado o estimado práctica inadecuada.

Se identificaron 3.020 pacientes mayores de 70 con alguna determinación de PSA, de los que se seleccionaron aleatoriamente 25 para ser evaluados mediante LQAS. En ellos se encontraron 9 incumplimientos (ausencia de antecedentes familiares o de enfermedad prostática), por lo que el lote resultó rechazado. **La práctica inadecuada se identificó en el 36,0%** de las ocasiones (IC95% (binomial), 18,0%-57,5%).

RNH.24 - Diabetes: solicitud de HbA1c.

Se han encontrado 10.091 pacientes diabéticos con alguna determinación de HbA1c durante 2016. De ellos, 5.038 (49,9%) tuvieron buen control

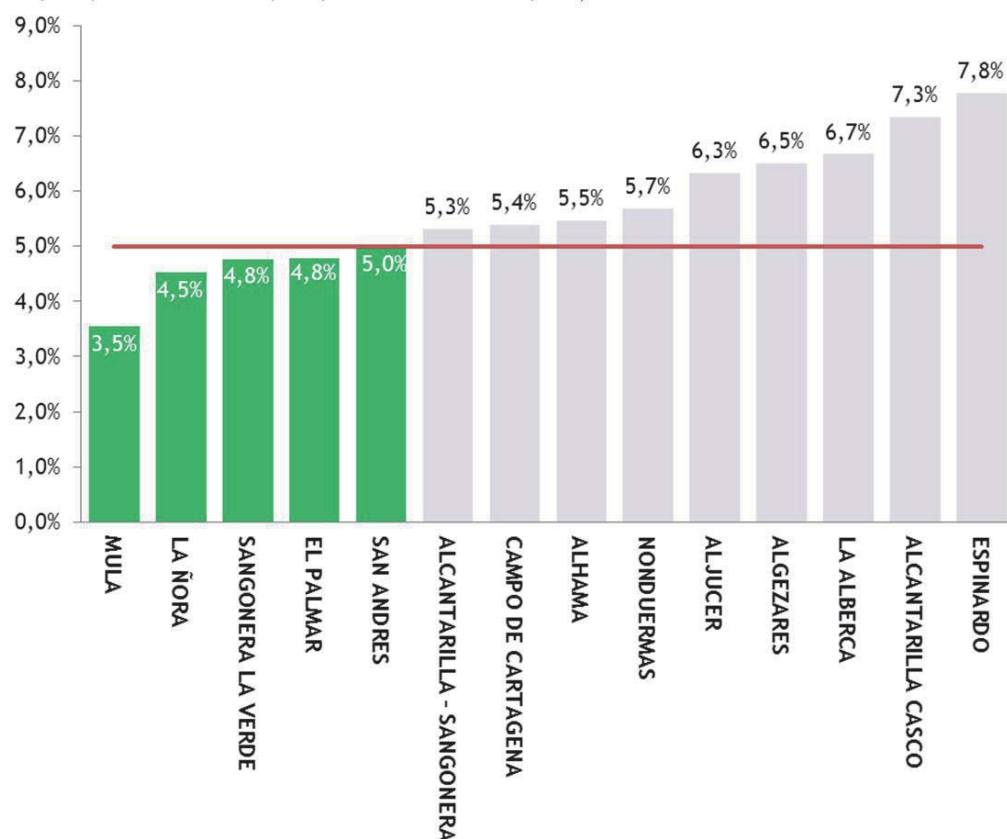


Figura 3. Solicitud inadecuada de HbA1c en Atención Primaria. Porcentaje de práctica inadecuada por EAP. En verde, las adecuadas (<5%)

(entendido como todas las determinaciones HbA1c<7%).

Se encontraron 509 pacientes con alguna pareja de determinaciones separadas menos de 3 meses. Del resto, otros 49 que, presentando buen control, tenían más de 2 determinaciones al año. En total, 558 pacientes con **práctica inadecuada, un 5,5%**. Por EAP, casi 2 de cada 3 presentaron un porcentaje de práctica inadecuada superior al 5%. Los valores oscilaron de 3,5% al 7,8% (mediana 5,5%, desviación 1,1%).

Si restringimos el análisis a las 2.787 pacientes que tienen al menos 2 determinaciones de HbA1c, **el 18,3% están separadas por menos de 3 meses**. Por EAP, este porcentaje oscila desde el 13,0% al 25,2% (media 18,2%, mediana 17,3%, desviación 3,6%).

Si nos centramos en los 5.038 pacientes con buen control, **el 2,2% tenía más de 2 determinaciones** en 2016. Por EAP los valores oscilaron entre el 1,0% y el 4,8% (media 2,4%, mediana 2,0%, desviación 1,1%).

RNH.18 - Lumbalgia inespecífica: pruebas de imagen

Se identificaron 5.893 pacientes con código CIAP L03 activo en 2016. De éstos se revisaron aleatoriamente casos para comprobar en la historia clínica que no presentaban signos de alarma hasta reunir un total de 25. Fue necesario revisar 31 historias. Los 25 casos se evaluaron mediante LQAS, detectándose 3 incumplimientos (peticiones de pruebas de imagen), por lo que el lote resultó aceptado (Inadecuación <5%).

RNH.13 - Parkinson: Fármacos efectos extrapiramidales.

Se identificaron 1.463 pacientes con el diagnóstico de enfermedad de Parkinson adscritos a 144 médicos de familia. A 126 de ellos se les prescribió durante 2016 algún medicamento con efecto extrapiramidal, un **8,6% de práctica inadecuada**. Por centro de salud estos porcentajes oscilaron entre el 3,8% del EAP52, y el 13,0% del EAP25 (mediana 8,3%), arrojando 2 de ellos (14,3%) valores inferiores al 5%. En cuanto a los fármacos

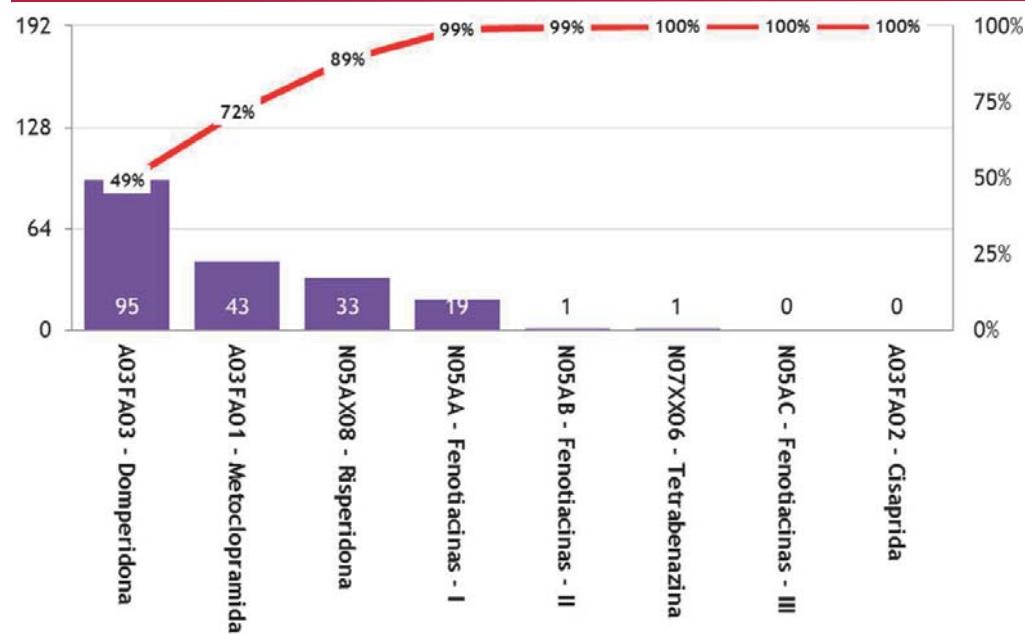


Figura 4. Prescripción de fármacos con efecto extrapiramidal en Atención Primaria.

implicados, el más frecuente ha sido la Domperidona (95 ocasiones, 49,5%), seguido de la Metoclopramida (43 ocasiones, 22,4%).

RNH.01 - Asma: BD de vida media/larga sin corticoides inhalados

Se identificaron un total 22.280 personas con diagnóstico de asma en OMI-AP (16.933 de adultos y el resto adscritas a pediatra). De éstas, a 4.070 se le prescribió algún tipo de broncodilatador de vida media larga (salmeterol, formoterol) durante 2016, y fueron divididas en cuatro grupos según hubieran sido vistas ese año por los servicios hospitalarios de alergia de adultos (871), de infantil (56), o no. En cada grupo se comprobó la prescripción durante el año de algún envase de corticoide inhalado, asumiendo práctica inadecuada en caso contrario. En total se identificaron 29 de estos pacientes, un 0,7% de práctica inadecuada global, todos adscritos al grupo de medicina de familia. Por EAP los valores oscilan entre el 1,8% en EAP 32 y el 0,0% en EAPs 15 y 21.

RNH.06 - Onicomicosis: antimicótico oral sin confirmar infección.

Durante 2016 se identificaron 41 pacientes a los que se solicitó cultivo de uña y se les prescribió antimicóticos orales. Se consideró práctica inadecuada cuando la prescripción fue efectuada antes disponer del resultado del cultivo, lo que sucedió en 27 ocasiones (65,9%). De éstos, en 20 casos (74,1%) el cultivo resultó además finalmente negativo. La mayoría (28, 68,3%) fueron tratados por médicos de familia, aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al hospital en cuanto a la prevalencia de práctica inadecuada (67,9% frente al 61,5%, p>0,05).

RNH.25 -No realizar Ac. Antinucleares en tiempo inferior a 3 meses.

Se identificaron 181 pacientes con al menos una pareja de determinaciones de Ac. Antinucleares durante 2016 y, de ellas, 60 separadas por menos de 3 meses, lo que arroja un 33,1% de práctica inadecuada.

Por estratos, 2 casos se originaron en atención primaria (con 0% de práctica inadecuada), 157 en consulta externa (inadecuadas, 26,8%) y 22 en hospitalización (81,8% inadecuadas).

PLAN DE INTERVENCIÓN

Se ha detectado un alto porcentaje de práctica inadecuada, que pone en riesgo la seguridad de un número importante de pacientes, además de disminuir la efectividad y la eficiencia de nuestras actuaciones.

La primera medida fue la inclusión de estos indicadores en el Acuerdo de Gestión. Se han obtenido resultados por servicio, centro de salud (e incluso en ocasiones por médico). Se han difundido en sesiones en todos los EAP.

Medir es el primer paso para mejorar.

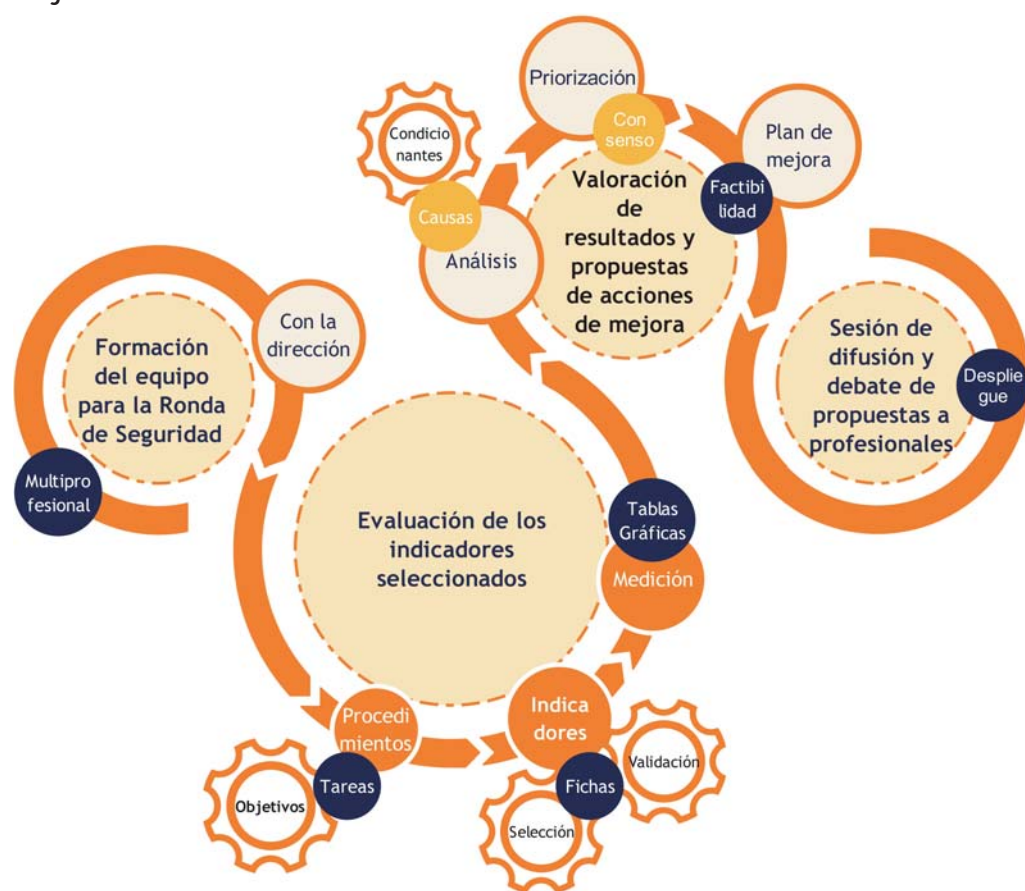
Rondas de seguridad en la UCI general de la Arrixaca

Manuel Baeza Mirete¹
José Eugenio Martínez Abril²
Carlos Luis Albacete Moreno³
Rubén Jara Rubio⁴
M^a Luz Alcaraz Escribano⁵
María Eugenia Sánchez González⁶
M^a Pilar Ferrer Bas⁷
Julio López-Picazo Ferrer⁸

¹Enfermero UCI general. Responsable de calidad y seguridad.
²Enfermero UCI general. Responsable de recursos materiales.
³Jefe de sección UCI general. Responsable de seguridad del paciente.
⁴Jefe de servicio de medicina intensiva.
⁵Supervisora de Área de cuidados intensivos.
⁶Subdirectora médica.
⁷Supervisora del área de calidad y seguridad de enfermería.
⁸Unidad de calidad asistencial. Coordinador de calidad.

Las rondas de seguridad son prácticas recomendadas para incrementar la seguridad clínica, y cuyo componente fundamental es involucrar al personal sanitario y directivo en la cultura de seguridad institucional estableciendo una interacción directa entre el personal y los pacientes. Se pueden definir como la "visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área donde se realiza, con el fin de establecer una interacción directa entre el paciente y los profesionales, con actitud claramente no punitiva, dirigida a valorar la implantación de prácticas seguras". Durante el primer trimestre del año, en la UCI general de la Arrixaca se ensayó un procedimiento de ronda de seguridad que sirvió para depurar la metodología y fijar los indicadores. Tras esta valiosa experiencia, el pasado día 28 de Junio de 2018 se realizó la segunda Ronda de Seguridad en el Servicio de Medicina Intensiva en la que intervinieron de forma directa los autores.

nidos por el equipo de rondas de seguridad en visita planificada. La salida la conforman la valoración de resultados y la propuesta de acciones de mejora.



¿QUIÉN LAS HACE?

Es muy importante que en las rondas participen personas tanto del nivel gestor como de diferentes categorías profesionales asistenciales que prestan servicio en la unidad. Por eso, en la UCI general han de haber al menos:

OBJETIVOS

La ronda de seguridad en la UCI general de la Arrixaca tiene como objetivo general avanzar en la cultura de las buenas prácticas. Son objetivos específicos:

- Valorar la implantación de prácticas seguras.
- Modificar prácticas que no favorezcan la seguridad del paciente.
- Difundir las prácticas seguras entre los profesionales.
- Comprometer al personal directivo en la mejora de la seguridad del paciente.

¿CÓMO SE HACE LA RONDA?

Una vez definido qué se pretende evaluar y cómo, el equipo que hace la ronda comprueba el cumplimiento o no de los indicadores seleccionados mediante observación directa o a partir de los registros en la historia clínica, según proceda.

Al finalizar la ronda, los miembros del equipo se reúnen en la sala de sesiones de la unidad. Allí se analizan los resultados y se proponen, debaten y consensan las posibles acciones que minimicen o, si es posible, eviten los riesgos detectados.

Las acciones de mejora propuestas se difunden en sesión clínica conjunta médica y de enfermería. En ella se hace hincapié en los buenos resultados (cumplimiento de objetivos) y en aquellos aspectos que aún hay que mejorar. Se intenta favorecer el debate sobre los resultados obtenidos y la forma de mejorarlos. La ronda finaliza con un plan de intervención a desarrollar hasta la siguiente ronda.

La ronda en sí tiene pues como entrada la evaluación de indicadores defi-

- Un miembro de la dirección médica y de la de enfermería.
- El jefe de Servicio y la supervisora de medicina intensiva.
- Responsables médicos y de enfermería del área de calidad y/o seguridad del paciente en la UCI.
- Un médico y una enfermera del servicio de medicina Intensiva.



¿CUÁNDO SE HACE?

Nuestras rondas de seguridad se realizan al menos cada tres meses, en horario de mañana. Se evita coincidir con el pase de visita médico y con el momento de mayor actividad de enfermería, para facilitar la accesibi-

lidad a la historia clínica y no interferir en el desarrollo de la asistencia programada.

Su duración no ha de ser superior a 3 horas.

¿QUÉ SE MIDE?

En las rondas de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos se evalúan diferentes indicadores. Son seleccionadas según criterio del equipo de rondas, la mayoría a partir de propuestas de la Sociedad Española de Me-

INDICADOR	Objetivo	N	Cumplen	Resultado
1 Presión del balón de neumotaponamiento	100%	9	8	89%
2 Presencia de tubos traqueales con aspiración de secreciones subglótica	100%	9	3	33%
3 Posición semi-incorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva	100%	9	8	89%
4 Uso de barandillas	100%	10	9	90%
5 Ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos en vías centrales	100%	10	10	100%
6 Ausencia de apósitos caídos, sucios o húmedos en vías periféricas	100%	2	2	100%
7 Dispensadores de soluciones alcohólicas en habitaciones	100%	10	10	100%
8 Higiene bucal	100%	10	10	100%
9 EVA o ESCID puntuado en gráfica	100%	10	10	100%
10 Valoración de BRADEN en las primeras 24 horas tras el ingreso	100%	10	10	100%
11 Manejo de las alarmas de monitorización	100%	10	9	90%
12 Caídas accidentales	100%	10	10	100%
13 Revisión del carro de parada cardiaca	100%	4	4	100%
14 Cambios de equipo sistema intravenoso	100%	10	10	100%
15 Nutrición enteral precoz	100%	9	9	100%
16 Mantenimiento adecuado de niveles de glucemia	100%	10	5	50%
17 Prevención de la enfermedad tromboembólica	90%	10	9	90%
18 Estrategia de ventilación pulmonar protectora	90%	3	2	67%
	-	155	138	89%

Indicadores evaluados y resultados obtenidos

dicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICyUC), los indicadores de calidad de cuidados de enfermería diseñados por el Grupo Regional de Evaluación y Mejora de Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE), aunque algunos son de elaboración propia.

En la actualidad, en la Ronda evaluamos 18 indicadores y comparamos el nivel de cumplimiento de cada uno de ellos con el objetivo fijado en la ronda anterior. Algunos se miden mediante revisión de registros en la historia clínica (ICCA, Selene, etc.), mientras que para otros usamos la observación directa de la actividad asistencial.

Como valoración general de la evaluación utilizamos el porcentaje de indicadores con cumplimiento superior o igual al objetivo. Los indicadores que no alcanzan el objetivo son analizados mediante Pareto.

RESULTADOS OBTENIDOS

En esta ocasión hemos realizado 155 mediciones (todos los pacientes ingresados en ese momento que cumplían los criterios de inclusión para alguno de los 18 indicadores incluidos).

Se ha alcanzado el objetivo propuesto en 11 de ellos (61%), mostrando 10 un 100% de cumplimiento. La media de cumplimiento ha sido del 89%.

De entre los que no cumplen, el peor resultado corresponde al indicador 2 "Presencia de tubos traqueales con aspiración de secreciones subglótica", que sólo fue correcto en 3 de los 9 casos evaluados (33%).

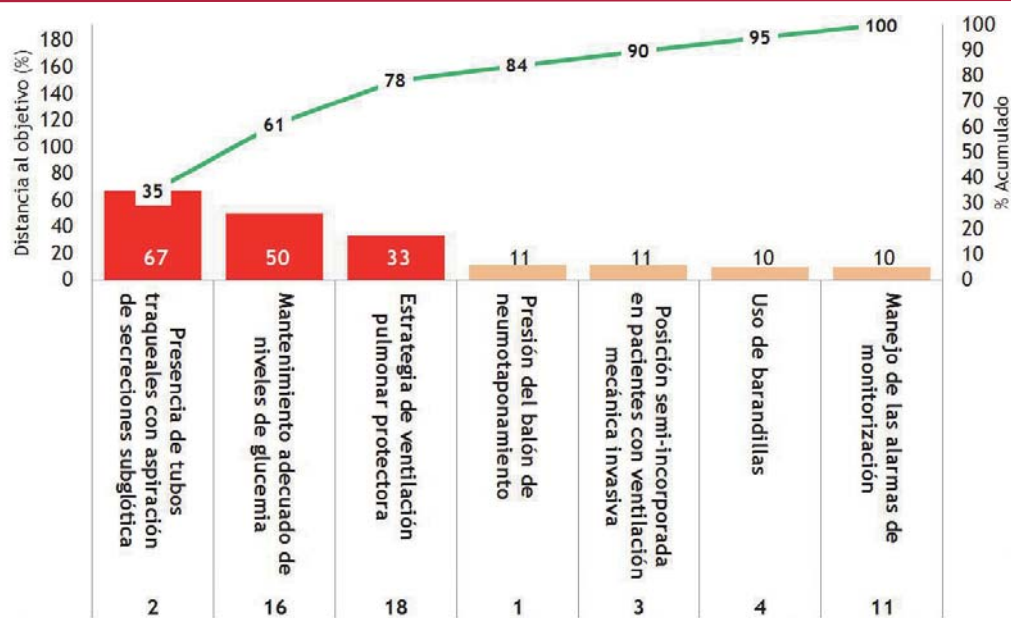


Diagrama de Pareto. Indicadores con objetivo no alcanzado ordenados según la distancia al objetivo: 3 indicadores reúnen casi el 80% del espacio que nos separa de la excelencia.

CONCLUSIONES

- 1 Las rondas de seguridad nos ayudan a tener una visión clara de lo que ocurren en términos de seguridad en la UCI General.
- 2 Contamos con indicadores fiables, concretos y claros que son útiles para evaluar y mejorar la seguridad.
- 3 Los resultados de esta ronda de seguridad han mejorado los de la anterior, aunque todavía existe un margen de mejora en la seguridad del paciente ingresado en UCI.

4 La intervención de los equipos directivos en las rondas favorece la comunicación entre el Servicio y la Dirección del centro y apoya el establecimiento de medidas que incrementen la seguridad del paciente.

5 Por las ventajas y oportunidades que ofrece, creemos que la ronda de seguridad se han de ir extendiendo a otras áreas de la Arrixaca, en especial a la UCI pediátrica y a las áreas quirúrgicas, de reanimación y de urgencias.

