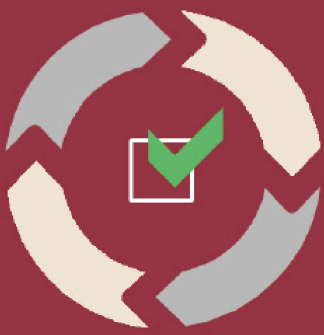


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



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, M^aDolores Beteta, Antonia Ballesta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: saludsegura.area1.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 9, Número 3
3º trimestre

JULIO - SEPTIEMBRE 2021

EN ESTE NÚMERO:

- *Jornada de Seguridad del Paciente en el Área 1 - Arrixaca*
Núcleo de Seguridad.
- *Día Mundial para la Seguridad del Paciente 2021*
Organización Mundial de la Salud.
- *¿Qué tal es la cultura de seguridad en el bloque materno-infantil de la Arrixaca?*
Unidad de Calidad Asistencial
- *Programa de uso responsable de antibióticos en la primera infancia (PURAPI)*
M Martínez-Ros, C Jiménez, G Martín, M Alcaraz, J Arnau y grupo de trabajo PURAPI

Jornada de Seguridad del Paciente en el Área 1 - Arrixaca

Núcleo de Seguridad

En las últimas reuniones del Núcleo de Seguridad se acordó trabajar en la celebración anual de unas **JORNADAS DE SEGURIDAD DE LA ARRIXACA**, que deseábamos fueran el día 17 de septiembre (DIA MUNDIAL PARA LA SP). Este año no podremos hacer la jornada ese día por problemas de agenda, pero sí más tarde. Serán **el jueves 11 de noviembre**.

El objetivo es mejorar la cultura de seguridad en el Área 1 - Arrixaca. Queremos además que sirva para:

1. Disponer de un espacio en el que los profesionales del Área 1 Arrixaca debatan y compartan experiencias relacionadas con la seguridad del paciente
2. Difundir experiencias en seguridad del paciente desarrolladas en nuestro entorno de trabajo.
3. Aprender de los problemas de seguridad que han afectado a nuestros pacientes y profesionales durante la pandemia.
4. Hacer de la Arrixaca y de los centros de salud del Área 1 un lugar más seguro para los pacientes que atendemos.

En cuanto a la estructura, hemos hablado con la Unidad Docente para que sea acreditable y puntuable como formación continuada. Tiene un formato tipo mesas redondas a celebrar en el salón de actos, con el aforo que sea posible. La inscripción gratuita se realizará en la plataforma de MURCIASALUD vía telemática, hasta completar el número de plazas, según

perfil del alumno solicitado, dentro de los plazos establecidos. Se permitirá la inscripción inmediata el mismo día del inicio de la sesión hasta un máximo del 35% del total de alumnos.

El contenido previsto es el siguiente:

Horario	Contenido
9:15 - 9:30	Presentación El núcleo de seguridad del Área
9:30- 11:30	MESA 1: ¿Qué es la seguridad del paciente? <ul style="list-style-type: none">• Estrategias para la evaluación y mejora de la seguridad del paciente• Uso seguro de medicamentos• Cirugía segura• Cuidados seguros• Infecciones relacionadas con la asistencia
11.30 - 12.00	Café
12:00 - 13:00	MESA 2: SiNASP sirve para cambiar (a mejor) <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es SiNASP y cómo funciona? Sistemas de notificación de incidentes.• SiNASP sirve: ejemplos de notificaciones del Área 1 Arrixaca que han servido para mejorar la seguridad
13:00 - 14:00	MESA 3: Elementos para la seguridad en el Área 1 - Arrixaca <ul style="list-style-type: none">• Encuesta sobre cultura de seguridad• Rondas de seguridad• Atención a segundas víctimas• Proyecto NO HACER• Salud Segura
14:00 - 14:15	Conclusiones y cierre

¡Inscríbete YA en murciasalud.es!

http://www.acreditacion.murciasalud.es/alumnos/index.php?menu=ficha&id_curso=35513

Día Mundial para la Seguridad del Paciente 2021



Actuemos ahora por un parto seguro y respetuoso

Organización Mundial de la Salud

El texto que sigue es la transcripción del anuncio que la OMS realizó para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021

El Día Mundial de la Seguridad del Paciente fue establecido en 2019 por la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la adopción de la resolución [WHA72.6 \(«Acción mundial en pro de la seguridad del paciente»\)](#). La celebración de este Día se basa firmemente en el principio fundamental de la medicina: ante todo no hacer daño. El Día Mundial de la Seguridad del Paciente se sustenta en una serie de exitosas cumbres ministeriales mundiales sobre la seguridad del paciente que comenzaron en Londres y Bonn en 2016 y 2017, respectivamente. Los objetivos generales del Día son mejorar la comprensión mundial de la seguridad del paciente, aumentar el compromiso público con la seguridad de la atención de salud y promover la acción mundial para prevenir y reducir los daños evitables en la atención

de salud. Cada año se selecciona un tema con el fin de arrojar luz sobre un área prioritaria fundamental para la seguridad del paciente y, en última instancia, para la consecución de la cobertura sanitaria universal.

El tema seleccionado para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 es la **«Atención materna y neonatal segura»**, debido a la importante carga de riesgos y daños a la que están expuestas las mujeres y los recién nacidos cuando reciben una atención poco segura durante el parto. A pesar de los importantes progresos realizados en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, las metas del ODS 3 aún están lejos de alcanzarse. El problema se ha agravado aún más con la pandemia de COVID-19, que ha provocado la interrupción de los servicios de salud esenciales debido a la ruptura de las cadenas de suministro, la incapacidad de las mujeres para acceder a la atención y la escasez de profesionales de la salud cualificados. Incluso antes de la pandemia, morían diariamente unas 810 mujeres y 6700 recién nacidos, principalmente en el momento del parto. Además, cada año nacían unos 2 millones de bebés muertos, de los que más del 40% morían durante el parto. La mayoría de estas muertes

y nacimientos de bebés mortinatos son evitables mediante la prestación de una atención segura y de calidad por parte de profesionales de la salud cualificados que trabajen en entornos adecuados. Dado que la atención de maternidad también se ve afectada por cuestiones de equidad y violencia de género, las experiencias de las mujeres durante el parto pueden empoderarlas o infligirles daños y traumas emocionales. Por ello, con el lema de la campaña de este año (**«Actuemos ahora por un parto seguro y respetuoso»**) se hace un llamamiento a todas las partes interesadas para que aceleren las acciones necesarias con miras a garantizar un parto seguro y respetuoso.

Se prevé que el impulso generado por el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 supondrá una renovación de los esfuerzos de las partes interesadas por lograr la cobertura sanitaria universal para todas las mujeres y recién nacidos y, en última instancia, las metas del ODS 3 relativas a la salud de la madre y el recién nacido.

OBJETIVOS

- 1 Aumentar la concienciación mundial sobre los problemas de seguridad materna y neonatal, especialmente durante el parto.
- 2 Involucrar a múltiples partes interesadas y adoptar estrategias eficaces e innovadoras para mejorar la seguridad materna y neonatal.
- 3 Pedir acciones urgentes y sostenibles por parte de todos los interesados para ampliar los esfuerzos, llegar a las poblaciones más difíciles de alcanzar y garantizar una atención materna y neonatal segura, en especial durante el parto.

- 4 Abogar por la adopción de las mejores prácticas en el punto de atención para prevenir los riesgos y daños evitables para todas las mujeres y recién nacidos durante el parto.

TRABAJAR JUNTOS POR UN PARTO MÁS SEGURO

La campaña mundial para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 propone una amplia gama de actividades que se llevarán a cabo el 17 de septiembre de 2021 y en días próximos, entre ellas la organización de eventos técnicos y de promoción, la iluminación en color naranja de monumentos icónicos, puntos de referencia y lugares públicos (la marca de la campaña), y la presentación de los objetivos del Día Mundial de la Seguridad del Paciente para 2021-2022. La OMS anima a todas las partes interesadas a unirse a la campaña mundial para promover los esfuerzos colectivos en favor de una atención materna y neonatal segura, especialmente durante el parto.

Si desea más información sobre la campaña, visite la página del evento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 de la OMS. Para obtener más información, póngase en contacto con nosotros a través de la dirección de correo electrónico patientsafety@who.int.

Enlaces de interés:

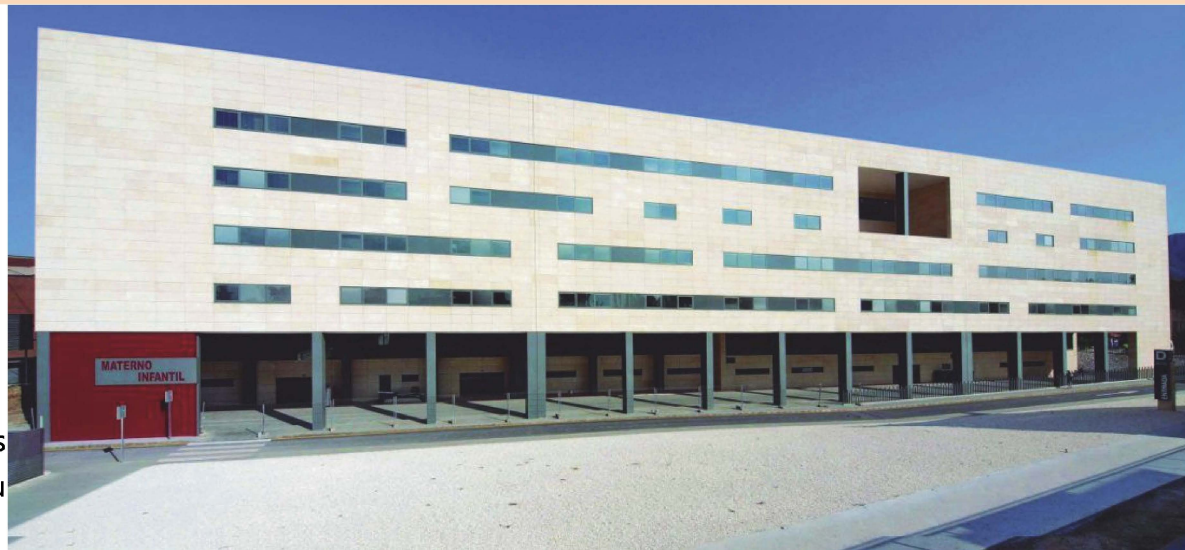
- Resolución WHA72.6 de la OMS («Acción mundial en pro de la seguridad del paciente»): https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf
- OMS. Día mundial para la seguridad del paciente 2021: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>

¿Qué tal es la cultura de seguridad en el bloque materno-infantil de la Arrixaca?

Unidad de Calidad Asistencial

La existencia de una adecuada cultura de seguridad en los profesionales es uno de los rasgos críticos para avanzar en la seguridad del paciente en una organización.

Según el National Quality Forum, la cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren.



El bloque materno-infantil de la Arrixaca, visto desde el helipuerto.

QUÉ MEDIMOS Y CÓMO LO HICIMOS

El instrumento de medida y de recogida de la información utilizado es una herramienta válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, realizado mediante una cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Puede ser utilizada para medir esta cultura de seguridad de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (3 ítems)
2. Percepción de seguridad (4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (3 ítems)
7. Feed-back y comunicación sobre errores (3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems)
9. Dotación de personal (4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente (3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)
12. Cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (4 ítems)

Va dirigida a los **profesionales sanitarios fijos, interinos, sustitutos o eventuales que trabajan o reciben formación como residentes durante junio de 2020 en los bloques maternal e infantil de la Arrixaca**. Según datos facilitados por su Subdirección de Recursos Humanos, suman un total de 528 personas. Se ha realizado de forma telefónica hasta alcanzar una muestra de 150 profesionales. La Unidad de Calidad Asistencial realiza el trabajo de campo, validación y depuración de la matriz de datos durante el mes de octubre. Para garantizar la representatividad de los resultados se ha confeccionado una muestra estratificada por bloque y categoría del conjunto de profesionales en estudio (Auxiliar, enfermera, matrona, médico). Para obtener la totalidad de casos necesario se realizan cuantas llamadas sean precisas para completar cada estrato.

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

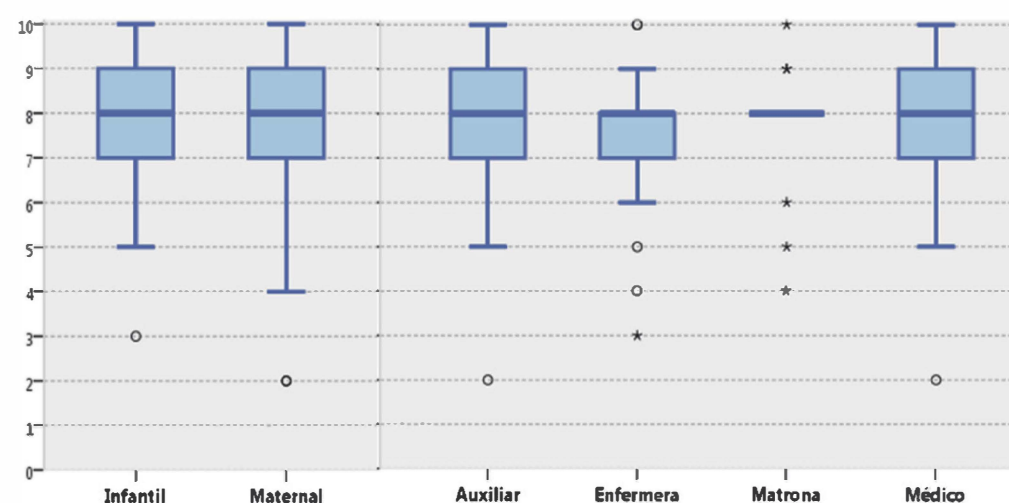
- Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - o $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
 - o $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.
- Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:
 - o $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
 - o $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Adicionalmente, incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado.

Se ha intentado contactar con 216 profesionales, consiguiéndose en 163 ocasiones (75%). La tasa de respuesta tras el contacto es elevada (92%), lo que arroja una tasa de respuesta global del 69%, sin diferencias entre estratos.

CONCLUSIONES E INICIATIVAS DE MEJORA

La **valoración media de la seguridad del paciente** en el bloque materno infantil es alta (7,7 puntos sobre 10), homogénea entre estratos y ligeramente superior a las mediciones efectuadas en otros ámbitos del hospital.

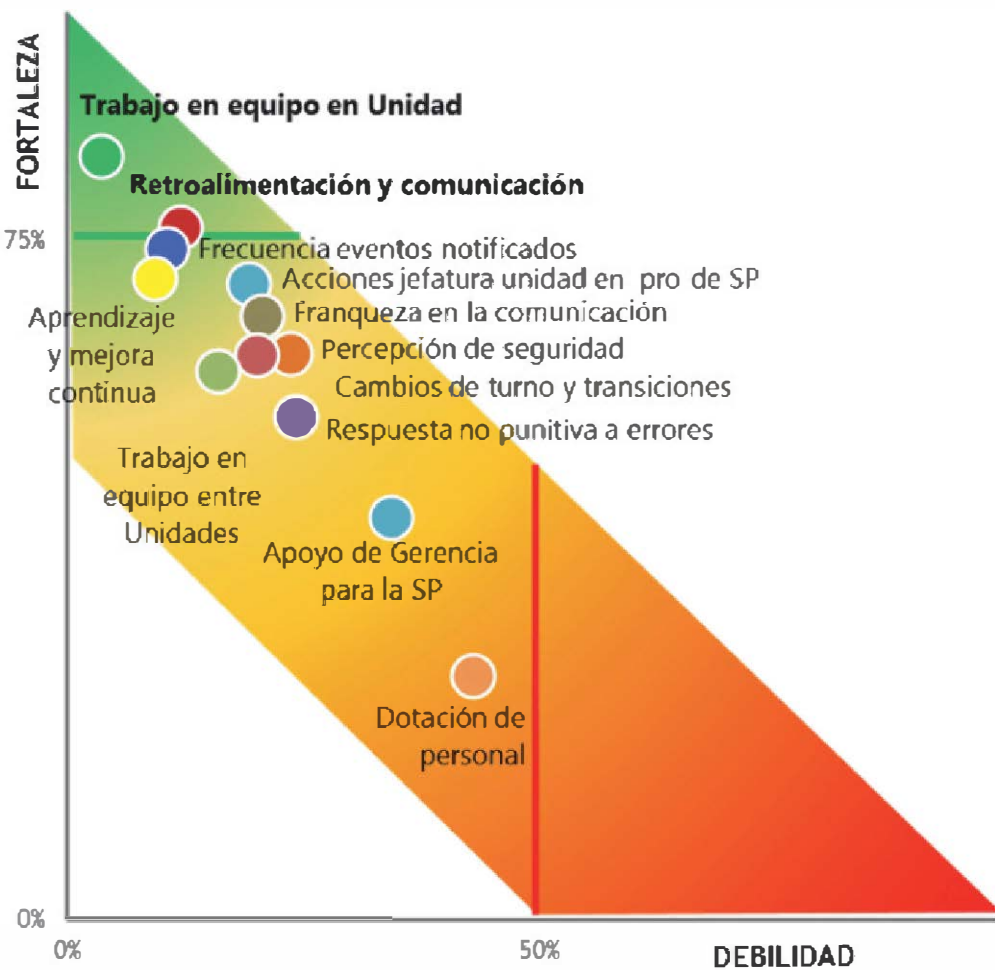


Valoración de la seguridad del paciente en el bloque materno infantil

En cuanto a **fortalezas y puntos fuertes**, al igual que en otros ámbitos del hospital, la dimensión trabajo en equipo (D05) es una fortaleza. También lo es la retroalimentación y comunicación (D07) y, en el Bloque Infantil, la frecuencia de eventos notificados (D01). Si detallamos por grupo profesional aparecen como otras fortalezas las expectativas y acciones del

jefe/supervisor que favorecen la seguridad (D03, enfermería), y el aprendizaje organizacional y la mejora continua (D04, auxiliar). Así, el porcentaje de dimensiones que suponen una fortaleza o un punto fuerte es del 50% (6 de 12), aunque en las matronas sólo es de 4.

Por contra, no se han identificado **debilidades**, a excepción de en las matronas, donde lo es la dotación de personal (D09). Además, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente (D10) es una clara área de mejora.



A destacar que, en las matronas, son también debilidades la percepción de seguridad (D02) y los problemas de cambios de turnos y la transición entre servicios (D12).

FORTALEZAS, de mayor a menor	
Bloque maternal	Bloque Infantil
D05 Trabajo en equipo en la unidad	D05 Trabajo en equipo en la unidad D07 Retroalimentación y comunicación D01 Frecuencia de eventos notificados

RIESGO BAJO, de mejor a peor:	
Bloque maternal	Bloque Infantil
D07 Retroalimentación y comunicación D01 Frecuencia de eventos notificados D04 Aprendizaje y mejora continua D03 El jefe de la unidad favorece SP	D03 El jefe de la unidad favorece SP D04 Aprendizaje y mejora continua D06 Franqueza en la comunicación D02 Percepción de seguridad D12 Prob. cambios turno y servicios

RIESGO ELEVADO, de menor a mayor riesgo:	
Bloque maternal	Bloque Infantil
D06 Franqueza en la comunicación D12 Prob. cambios turno y servicios D02 Percepción de seguridad D08 Respuesta no punitiva D10 Apoyo gerencia en la SP D11 Trabajo en equipo entre unidades D09 Dotación de personal	D11 Trabajo en equipo entre unidades D08 Respuesta no punitiva D10 Apoyo gerencia en la SP D09 Dotación de personal

DEBILIDADES:
No detectadas

FORTALEZAS, de mayor a menor			
Auxiliar	Enfermera	Médico	Matrona
D01 Frecuencia de eventos notificados D07 Retroalimentación y comunicación D05 Trabajo en equipo en la unidad D04 Aprendizaje y mejora continua	D05 Trabajo en equipo en la unidad D07 Retroalimentación y comunicación D03 El jefe de la unidad favorece SP	D05 Trabajo en equipo en la unidad	D05 Trabajo en equipo en la unidad D01 Frecuencia de eventos notificados
RIESGO BAJO, de mejor a peor:			
Auxiliar	Enfermera	Médico	Matrona
D12 Prob. cambios turno y servicios	D06 Franqueza en la comunicación D01 Frecuencia de eventos notificados D02 Percepción de seguridad D04 Aprendizaje y mejora continua	D08 Respuesta no punitiva D02 Percepción de seguridad D06 Franqueza en la comunicación D03 El jefe de la unidad favorece SP D07 Retroalimentación y comunicación D04 Aprendizaje y mejora continua	D03 El jefe de la unidad favorece SP D04 Aprendizaje y mejora continua
RIESGO ELEVADO, de menor a mayor riesgo:			
Auxiliar	Enfermera	Médico	Matrona
D03 El jefe de la unidad favorece SP D06 Franqueza en la comunicación D11 Trabajo en equipo entre unidades D02 Percepción de seguridad D08 Respuesta no punitiva D10 Apoyo gerencia en la SP D09 Dotación de personal	D11 Trabajo en equipo entre unidades D12 Prob. cambios turno y servicios D08 Respuesta no punitiva D10 Apoyo gerencia en la SP D09 Dotación de personal	D11 Trabajo en equipo entre unidades D12 Prob. cambios turno y servicios D01 Frecuencia de eventos notificados D10 Apoyo gerencia en la SP D09 Dotación de personal	D02 Percepción de seguridad D06 Franqueza en la comunicación D07 Retroalimentación y comunicación D08 Respuesta no punitiva D12 Prob. cambios turno y servicios D11 Trabajo en equipo entre unidades D10 Apoyo gerencia en la SP
DEBILIDADES:			
Auxiliar	Enfermera	Médico	Matrona
-	-	-	D09 Dotación de personal

Además, se han conseguido **identificar áreas de mejora** como:

- Se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. No se da mejor atención porque la jornada laboral es agotadora
- Las unidades tienen problemas para trabajar de forma coordinada para dar la mejor atención

- La gerencia sólo parece interesarse por SP cuando ya ha ocurrido algo.
- No hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo
- En los cambios de turno se pierde información importante del paciente
- Se aumenta el ritmo de trabajo si hace falta, aunque implique sacrificar a SP

Programa de Uso Responsable de Antibióticos en la Primera Infancia (PURAPI)

Maite Martínez-Ros¹, Casimiro Jiménez², Gema Martín³, Manuel Alcaraz⁴, José Arnanau⁵ y grupo de trabajo PURAPI

¹ Médica de Familia . Dirección Médica Área 1 Murcia-Oeste.

² Farmacéutico. Subdirección Gral. Farmacia e Investigación.

³ Farmacéutica . Dirección Gral. Planificación. Investigación, Farmacia y At. ciudadano.

⁴ Pediatra. Área 5 Altiplano.

⁵ Matrn. Antropólogo. Área 7 Murcia-Este.



INTRODUCCIÓN

Los antibióticos juegan un papel esencial en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, sin embargo, el uso inapropiado e indiscriminado de antibióticos en medicina humana y veterinaria pone en peligro su efectividad, ocasionando un incremento de las resistencias bacterianas, y la diseminación de gérmenes multirresistentes, lo que genera una importante amenaza para la salud pública¹.

Se estima que en toda Europa mueren cada año unas 33.000 personas como consecuencia de las infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes. Según datos del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en el año 2019 murieron en España XXXX personas y en la Región

de Murcia XXX como consecuencia de este tipo de infecciones².

En septiembre de 2001, la OMS presentó la primera estrategia mundial para combatir la aparición y diseminación de la resistencia antimicrobiana (conocida como WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance), basada en que la resistencia antimicrobiana es un problema complejo de ámbito global que se debe abordar en todos los países, mediante la cooperación de todos los grupos interesados: consumidores, personal sanitario, farmacéuticos, veterinarios, gestores sanitarios, gobiernos nacionales, la industria farmacéutica, sociedades profesionales y otros³. Combatir las resistencias antibiótica también es una prioridad de la Unión Europea (UE), que aprobó un Plan Director de Acción sobre Resistencias Antimicrobianas actualizado en 2017⁴, y establece el marco global para una acción amplia destinada a reducir la aparición y propagación de las resistencias a los antibióticos.

España, siguiendo las indicaciones de la Unión Europea, aprobó en 2014 su "Plan Nacional de Resistencias de Antibióticos" (PRAM), actualizado y revisado en 2019 y vigente actualmente. El PRAM se estructura en 6 áreas de actuación con el objetivo de reducir la contribución del uso de antibióticos en medicina humana y veterinaria a la resistencia bacteriana y sus consecuencias sobre la salud. Uno de los objetivos de la línea estratégica II ha sido implantar Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) tanto en el ámbito Hospitalario como en el de Atención Primaria. Con estos programas se pretende optimizar la prescripción de antibióticos para mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan, minimizar los efectos adversos, controlar la aparición de resistencias y garantizar el uso de los tratamientos¹.

La utilización de antibióticos en España es una de las más elevadas de Europa y en consecuencia nuestro país tiene uno de los mayores porcentajes de cepas bacterianas resistentes. La mayor parte del consumo de antibióticos en España, al igual que en otros países, se produce en el ámbito de Atención Primaria donde alcanza entre el 85-90% del total. Aproximadamente el 85% de este consumo se destina a tratar infecciones respiratorias donde las indicaciones para el uso de antibióticos son escasas y están claramente establecidas por la evidencia^{5,8}.

El mal uso de los antibióticos es un problema particularmente importante en pediatría^{7,8}, donde se produce la mayor exposición a antibióticos de toda la población. Durante los primeros años de vida se concentran la mayoría de infecciones respiratorias víricas⁹ y algunas de las bacterias patógenas que pueden causar infecciones pediátricas (otitis, amigdalitis...) como es el caso de *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae* presentan tasas elevadas de resistencia.

El consumo de antibióticos en niños menores de 3 años es significativamente superior a la media de la población. La prescripción inapropiada de antibióticos se produce sobre todo en procesos que a menudo son autolimitados y que solo en algunas ocasiones son causados por bacterias, como las infecciones agudas de las vías respiratorias. Estas afecciones se encuentran entre los motivos más comunes de consulta en la atención primaria. Según datos de la población pediátrica en la Región de Murcia, la prevalencia de prescripción de antibióticos, en el ámbito de Atención Primaria, fue de un 44,6% en niños menores de 3 años en el año 2012 y del 45,7% en el año 2013. Del total de prescripciones en menores de 3 años en el año 2013, el 67% se relacionó con infecciones respiratorias de vías altas (de etiología preferentemente vírica). El consumo de antibióticos en el ámbito de Atención Primaria en menores de 3 años fue de 23,56 DHD (medido en

el año 2012). La frecuencia de consumo en este grupo de población presentaba una variabilidad importante entre las diferentes Áreas de Salud: de 13,50 DHD - 25,21 DHD¹⁰.

Hasta ahora se han presentado datos cuantitativos que ponen de manifiesto la existencia de un uso inadecuado de antibióticos, sin embargo, es importante tener en cuenta la influencia de aspectos socioculturales e individuales en el desarrollo de este fenómeno. Respecto a ello, un estudio fenomenológico determinó que la inseguridad y ansiedad de los médicos en el diagnóstico, la falta de continuidad en la atención, la presión que ejercen los familiares, la presión del trabajo y fatiga contribuyen a un aumento de la prescripción de antibióticos y factores desencadenantes de un uso inapropiado de antibióticos en la primera infancia¹¹⁻¹⁴.

El **Programa PURAPI** se centra en el consumo de antibióticos en niños menores de tres años pues como hemos comentado, es el grupo etario con mayor consumo de antibióticos donde, existe un claro predominio de infecciones víricas y la necesidad de incorporar el principio de precaución especialmente en los primeros años de vida cuando se está desarrollando el complejo sistema inmunitario. Es un Programa de intervención de ámbito regional dirigido a pediatras y enfermeras de Atención Primaria (AP), personal médico y enfermeras del Servicio de Urgencias de AP, pediatras y personal médico de los servicios de urgencias hospitalarios, oficinas de farmacia y a las familias y comunidad en general.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la utilización de antibióticos en niños menores de tres años en la Región de Murcia promoviendo la implicación de los profesionales en su uso responsable.

Objetivos específicos

- Instaurar el hábito del uso adecuado de antibióticos en la población pediátrica.
- Actualizar el conocimiento acerca del uso adecuado de antibióticos en la población pediátrica.
- Garantizar un uso responsable y prudente de los antibióticos para preservar su efectividad.
- Identificar buenas prácticas en el uso responsable de antimicrobianos por parte de los profesionales sanitarios.
- Conseguir profesionales sanitarios concienciados, responsables y comprometidos con la erradicación del problema.

¿CÓMO SE DESARROLLA?

En la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (Consejería de Salud), en 2013, se constituyó el **"Grupo de Trabajo sobre Uso Responsable de Antibióticos en la Primera Infancia"**, formado por un equipo multidisciplinar de profesionales expertos de la Consejería de Salud, Servicio Murciano de Salud y otras instituciones. El objetivo de este Grupo ha sido diseñar un programa de intervención sobre el uso responsable de antibióticos en los niños menores de tres años a nivel regional, y coordinar todas las actuaciones relacionadas con uso de antibióticos en la población pediátrica.

Para la correcta monitorización del Programa, se ha diseñado una **batería de ocho indicadores** que evalúan aspectos globales de la prescripción de antibióticos y de la calidad de la prescripción con una periodicidad cuatrimestral:

- DHD Antibióticos en niños menores de 3 años.
- % Penicilinas prescritas en menores de 3 años vs total de antibióticos.
- % Amoxicilina-clavulánico prescrito en menores de 3 años vs total de penicilinas.
- % Amoxicilina prescrito en menores de 3 años vs total de penicilinas.
- % Macrólidos prescritos en menores de 3 años vs total de antibióticos.
- % de niños menores de 3 años que han recibido antibióticos en al menos una ocasión.
- % niños menores de 3 años con diagnóstico Catarro de Vías Altas tratados con antibióticos.
- % niños menores de 3 años con diagnóstico Otitis Media Aguda tratados con antibióticos.

El Programa PURAPI se ha estructurado en tres fases:

Fase I: diseño metodológico

Se ha utilizado una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa). El abordaje cualitativo ha permitido explorar los factores que determinan la prescripción de antibióticos, las necesidades y dificultades de los profesionales sanitarios en la Región de Murcia, como el paso previo para la mejora de la práctica asistencial de los profesionales implicados en la prescripción.

La metodología cualitativa se ha desarrollado en varias etapas:

- 1 Formación de una red de líderes de 25 profesionales sanitarios seleccionados por consenso de un Panel de Expertos sobre uso responsable de antibióticos en Pediatría, con responsabilidad y experiencia en materia de formación, organización, y gestión de medicamentos, y con perfil de liderazgo clínico.

- 2 Realización de cuatro grupos de discusión conformados por siete profesionales en cada grupo. Tres grupos estuvieron constituidos por Pediatras de Atención Primaria y uno por Médicos de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAPs).

- 3 También se utilizó un método de consenso, método Delphi, para obtener información de un grupo de expertos, con la finalidad de terminar de definir el diseño metodológico del programa.

Así pues, la información recogida durante el desarrollo del proceso cualitativo ha servido no solo para obtener un mayor conocimiento sobre los factores que influyen en los profesionales sobre la prescripción de antibióticos, sino también para diseñar mejor nuestra estrategia basada fundamentalmente en su carácter participativo y recursivo. Asimismo, ha contribuido a definir las intervenciones implementadas a lo largo del desarrollo del programa.

Fase II: implantación del programa piloto (abril 2016 a marzo 2017)

El objetivo de esta segunda fase ha sido pilotar el Programa PURAPI durante doce meses con la finalidad de identificar barreras, elementos facilitadores y buenas prácticas en los contextos reales de los profesionales sanitarios, así como evaluar la efectividad del Programa. En esta fase han participado 3 Centros de Salud, correspondientes a las Áreas de Salud II, III y V; 20 profesionales sanitarios (Pediatras y Enfermeros de Pediatría); y 97 Oficinas de Farmacia.

Fase III: ampliación a escala del Programa PURAPI

Actualmente están participando todos los Pediatras, Médicos de Familia, Enfermeros de Pediatría y Matronas de los 87 Equipos de Atención Primaria, Servicios de Urgencias de Atención Primaria y Hospitalarias y los Farmacéuticos Comunitarios de las Oficinas de Farmacia. En cada Centro de

Salud se ha asignado un interlocutor (87 interlocutores). La importancia de esta figura radica en que son los encargados de transmitir toda la información y consideraciones del programa al resto de profesionales.

INTERVENCIONES REALIZADAS Y RESULTADOS

El análisis cualitativo concluyó que la prescripción de antibióticos en la primera infancia está fuertemente influenciada por factores organizacionales, profesionales y familiares.

Factores organizacionales. Adquirieron relevancia los siguientes:

- La presión asistencial fuerza a los profesionales hacia una prescripción rápida.
- Las Oficinas de Farmacia favorecen la automedicación y dispensación sin prescripción médica.
- Los Servicios de Urgencias y Centros Sanitarios privados son los responsables de la prescripción inducida.

En relación a los factores profesionales, éstos se circunscribieron a:

- La falta de conocimiento y experiencia de los profesionales.
- La inseguridad y el miedo del profesional a la prescripción.
- La estructura relacional entre la familia y el profesional.

Y por último, los factores familiares que emergieron se relacionaron con el desajuste de expectativas de los padres respecto a la atención del niño. Con estos resultados se desarrollan intervenciones dirigidas a la organización y profesionales sanitarios, a las familias y población general y a las oficinas de farmacia comunitarias que se han incluido en el Programa gracias a estos resultados.

Intervenciones dirigidas a la organización y profesionales sanitarios:

- Elaboración y difusión de **8 indicadores para la monitorización** del

Programa (ver página anterior), que evalúan aspectos globales de la prescripción de antibióticos y de la calidad de la prescripción con una periodicidad cuatrimestral. Se han incluido en el Portal de Inteligencia de Negocio del SMS (PIN) y el personal de pediatría puede acceder según su perfil.

• **Información y formación:**

- Seminarios de uso responsable de antibióticos en la primera infancia.
- Sesiones en los centros de salud para consensuar actuación y evaluación del desarrollo del Programa.
- Formación de pediatras en entrevista motivacional y atención centrada en el paciente: "Toma de decisiones y generación de confianza para el uso responsable de antimicrobianos en la consulta de pediatría"
- Desarrollo y difusión de algoritmos en las patologías más prevalentes en pediatría: Faringoamigdalitis, Otitis Media Aguda y Laringitis.
- Desarrollo de programas de formación continuada de los profesionales de la salud, en materia de uso de antibióticos en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y Hospital.
- Formación en el uso y manejo de los test de diagnóstico rápido Strep-A (test rápido para Estreptococo Betahemolítico grupo A) dirigida a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria disponibles de estos test en el petitorio de todos los Centros de Salud.

• **Prescripción diferida:** las estrategias diferidas contribuyen al mejor uso de los antibióticos. Se trata de realizar la prescripción de un antibiótico ante infecciones respiratorias agudas no complicadas (con una sospecha



débil de infección bacteriana). Se explica a la familia los criterios que debe presentar el niño para que le administren el antibiótico. Se pretende, por tanto, empoderar a las familias y posibilitar la toma de decisión compartida. Sabemos que esta estrategia produce una disminución del uso de antibióticos al menos en procesos de otitis media aguda.

Intervenciones dirigidas familiares y población general:

- Diseño y difusión de herramientas para promover el uso responsable de antibióticos en la población: las **Guías para Familias sobre Enfermedades Infantiles** e incorporación a la historia clínica de AP OMI-AP. Se trata un material educativo elaborado por Pediatras de Atención Primaria, que complementa la información que ofrecen los profesionales sanitarios a las familias en las consultas. Se han traducido a varios idiomas: árabe, inglés y francés y abordan los siguientes procesos:
 - o Guía de la Fiebre.
 - o Guía de Infecciones Respiratorias de Vías Altas.
 - o Guía de Bronquiolitis.
 - o Guía de Gastroenteritis-Diarrea.
 - o Guía Uso de Antibióticos.
- **Despliegue de cartelería y vídeos** para TV corporativas en salas de espera de los Centros de Salud, Hospitales, Servicios de Urgencias y Oficinas de Farmacia de la Región de Murcia.
- **Incorporación de PURAPI en la Escuela de Salud:** a través de la Escuela de Salud, los ciudadanos podrán acceder a la información en materia de salud sobre uso de los antibióticos, mejora en la toma de decisiones y fomento de la salud. Disponible en: <https://www.escuela-desaludmurcia.es/escuelasalud/cuidarse/pediatria/antibioticosjuego.jsf>

Tomar Antibióticos

No es un juego

Los antibióticos **NO** curan gripes ni resfriados.
 La fiebre **NO** se trata con antibióticos y su presencia **NO** significa que sean necesarios.
 Su uso **INCORRECTO** hace a las bacterias resistentes y los antibióticos pierden su eficacia.
 Utilice **SIEMPRE** los antibióticos por indicación médica y termine **SIEMPRE** los tratamientos prescritos.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS REGIÓN DE MURCIA | Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia | Región de Murcia Consejería de Sanidad | Murciano de Salud

Escuela de Salud | **TODOS SOMOS SALUD**

Inicio | Agenda Municipios | Noticias | Asociaciones | Salud en internet | Otros Recursos | Glosario de Términos | Formación

Investigación | Profesionales

Aula de Salud | Aula de Pacientes | Aula de Entorno Saludable | Aula de Recursos Sanitarios y Farmacia

Mazarrón | Inicio > Agenda Municipios > Mazarrón > Charla: Tomar antibióticos no es un juego

Charla: Tomar antibióticos no es un juego

ORGANIZA: Dra. Celia Cadena

LUGAR: Centro de Salud Mazarrón

FECHA: 26 de marzo de 2019 de 11:00 a 12:00

OBJETIVOS: Responder a la pregunta ¿Por qué no un antibiótico? y dar a conocer el problema de las resistencias a los antibióticos

DIRIGIDO: Toda persona con menor a su cargo

- Elaboración de boletines "**Boletín PURAPI en Familia**" que se cuelgan en Escuela de Salud y Murciasalud.
- **Talleres de formación** dirigidos a población inmigrante: "Los antibióticos no son un juego".

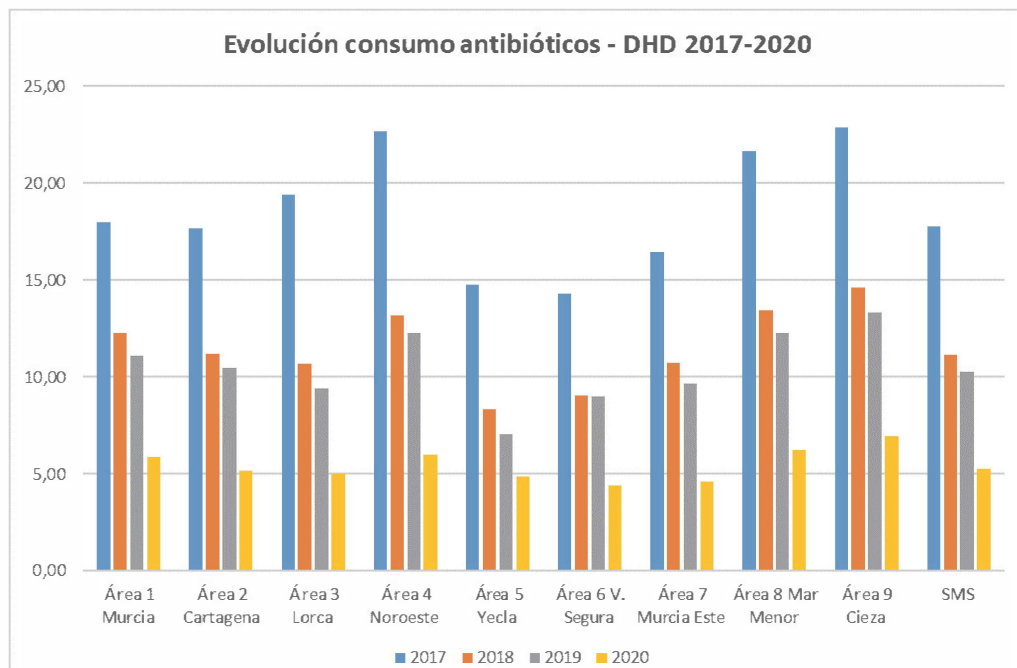
Intervenciones dirigidas a las oficinas de farmacia comunitarias:

- Ampliación del Programa PURAPI a todas las Oficinas de Farmacia de la Región (567 farmacias comunitarias). Se refuerza la información a las familias sobre el uso responsable de los antibióticos y se les suministra el folleto informativo.

RESULTADOS

Los resultados cuantitativos obtenidos han mostrado una mejora en los

datos globales de consumo de antibióticos en el SMS y en todas las Áreas de Salud (Gráfica 1).



Gráfica 1. Consumo total de antibióticos (DHD)* en menores de 3 años. 2017-2020. DHD: Dosis diaria definida (DDD) de antibióticos por cada 1.000 habitantes por día. DDD: dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se utiliza para su principal

En la tabla 1 se observa la evolución de los indicadores del Programa en el Área 1 y en el conjunto del SMS en los años 2019 y 2020. En ambos se ha producido una disminución del uso de antibióticos en la primera infancia, con una reducción de 5,2 y 5,01 puntos de DHD respectivamente. La mayoría de los indicadores que miden la calidad de la prescripción han mejorado. También se ha reducido el uso de antibióticos en catarrros de vías altas (CVA) y en otitis media aguda (OMA). Por el contrario, el porcentaje de prescripción de Amoxicilina/Clavulánico frente al total de Penicilinas ha aumentado ligeramente, quedando por encima de la meta propuesta en los Acuerdos de Gestión de 2021 ($\leq 41\%$).

CONCLUSIONES

El Programa PURAPI ha supuesto una mejora importante en la prescripción de antibióticos en la primera infancia, al reducir las DHD y mejorar los indicadores de calidad de la prescripción marcados por el programa. Así, hemos pasado de tener más de 15 niños cada 1.000 al día con tratamiento antibiótico al inicio del Programa a casi 6 (5,88) en 2020. También se aprecia una mejora en los indicadores de calidad de la prescripción, disminuyendo el uso de antibióticos de amplio espectro y reduciendo su

Tabla 1. Indicadores PURAPI para el SMS y el Área 1 - Arrixaca en los 2 últimos años

	2019		2020	
	SMS	Área 1 - Arrixaca	SMS	Área 1 - Arrixaca
Consumo total de Antibióticos (DHD) en <3 años	10,3	11,1	5,2	5,9
% Penicilinas frente al total de antibióticos en <3 años	75%	74%	75%	74%
% Amoxicilina frente al total de penicilinas en <3 años	58%	62%	55%	57%
% Amoxicilina/Clavulánico frente al total de Penicilinas en <3 años	42%	37%	45%	42%
% Macrólidos frente al total de Antibióticos en <3 años	13%	13%	11%	10%
% <3 años tratados con antibiótico	47%	48%	37%	38%
% <3 años con CVA tratados con antibiótico	25%	27%	19%	21%
en <3 años con OMA tratados con antibiótico	48%	54%	41%	44%

uso en procesos que suelen tener una causa vírica como las infecciones respiratorias agudas y algunas infecciones bacterianas leves que pueden resolverse

sin tratamiento antibiótico (gran parte de las sinusitis y algunas OMAs). Esta mejora en la prescripción es fundamental para disminuir las resistencias bacterianas y el impacto de los gérmenes multirresistentes pero también para disminuir los efectos secundarios y los efectos sobre la microbiota¹⁵.

Por otro lado, el abordaje desde una perspectiva cualitativa ha permitido descubrir aspectos socioculturales que son influyentes y determinantes en el fenómeno de la sobreprescripción de antibióticos. En este sentido, estos hallazgos no solo han ejercido un papel importante en el desarrollo de estrategias de intervención de la población pediátrica y los profesionales, sino también han permitido entender la cultura de las organizaciones sanitarias y su impacto en el uso de los antibióticos.

En el ámbito familiar y comunitario, la participación es igualmente clave para el éxito de cualquier estrategia de mejora, especialmente en la infancia, donde la familia es el referente natural del niño y su cuidador principal. La corresponsabilidad y la promoción de una cultura de cooperación son aspectos a tener en cuenta para el éxito de la estrategia de uso responsable de antibióticos en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos. En: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en <http://www.resistenciaantibioticos.es/es>.
- 2 Registro de Altas - CMBD (RAE_CMDB desde 2016). Ministerio Sanidad. Registro Regional del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia.
- 3 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97127/#appd.s2>
- 4 EU One Health Action Plan against AMR. Junio 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/antimicrobial_resistance/docs/amr_2017_action-plan.pdf
- 5 Bjerrum L, Munck A, Gahrn-Hansen B, Hansen MP, Jarboel D, Llor C, et al. Health

- Alliance for Prudent Prescribing Yield and Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of Respiratory Tract Infections (HAPPY AUDIT). BMC Fam Pract.2010; 23:29.
- 6 Bjerrum L, Munck A, Gahrn-Hansen B, Hansen MP, Jarbol DE, Cordoba G, et al. Health Alliance for prudent antibiotic prescribing in patients with respiratory tract infections (HAPPY AUDIT) —impact of a non - randomised multifaceted intervention programme. BMC Fam Pract. 2011;12:52.
- 7 Gagliotti C, Morsillo F, Resi D, Milandri M, Moro ML.A three Year population-based study of antibiotic treatments for children. Acta Paediatr.2008;94:1502-4.
- 8 Ekins-Daukes S, McLay JS, Taylor MW, Simpson CR, Helms PJ. Antibiotic prescribing for children. Too much and too little? Retrospective observational study in primary care. Br J Clin Pharmacol. 2009;56:92—5.
- 9 Mulholland K. Global burden of acute respiratory infections in children: implications for interventions. Pediatr Pulmonol.2009; 36: 469-74.
- 10 Microestategy. Base de datos ADN . consumo de medicamentos. Gestion farmacéutica. Servicio Murciano de Salud . 2013.
- 11 Petursson P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2005; 23:120-25.
- 12 Dallas A., Van Driel M. Antibiotic prescribing for the future: exploring the attitudes of trainees in general practice. British Journal of General Practice 2014. 64(626): e561- 67.
- 13 Tonkin S, Yardley L, Little P. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-ethnography. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2011; 66(10): 2215-2223.
- 14 Vazquez JM., Lopez P., Lopez A., Taracido M., Figueiras A. Attitudes of primary care physicians to the prescribing of antibiotics and antimicrobial resistance : a qualitative study from Spain. Fam Pract 2012; 29(3): 352-360.
- 15 King LM, Fleming-Dutra KE, Hicks LA. Advances in optimizing the prescription of antibiotics in outpatient settings. BMJ 2018;363:k3047 .doi: 10.1136/bmj.k3047