

# El Hospital Doctor Moliner participa en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial con 8 comunicaciones



**XXX** CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Bilbao 07/09 noviembre 2012 Palacio de Congresos Euskalduna

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE “Maslach burnout inventory” (M.B.I.) REALIZADA A LOS trabajadores del Hospital Dr Moliner en 2011 Y DISEÑO DE TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME**

**Autores:** Trull Maravilla E, Merino Plaza MJ, Nebot Sánchez MC, Martínez Asensi A, Vicente Cuenca E, Ortí Bruno C

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### **OBJETIVOS**

Tras la realización de la encuesta MBI de Maslach y Jackson realizada en 2011 al personal del centro los objetivos planteados fueron: A) Conocer el grado de Burnout del personal; B) Estudio de la relación entre las distintas variables; C) Organizar talleres para la prevención y tratamiento del síndrome.

### **RESULTADOS**

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: A) Cansancio emocional por Edad e Ingresos; B) Despersonalización por Edad, Antigüedad en el puesto de trabajo; C) Valoración por los pacientes y Valoración por los familiares; D) Autorrealización por Edad, Tipo de contrato, Antigüedad laboral, Estado civil, Valoración por los pacientes, Experiencia profesional, Optimismo y Autoeficacia; E) Existe correlación entre las 3 variables respuesta (Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal).

## **PREVALENCIA DE PACIENTES AL INGRESO COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (SARM Y BLEE) EN EL HOSPITAL DR. MOLINER**

**Autores:** Merino MJ, Morro Martín MD, Martínez Subies M, MV García Llopis, P Otaño Piudo, Haba Atienza J

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### **OBJETIVOS**

A) Conocer la prevalencia de pacientes colonizados por bacterias multirresistentes (BMR: SARM o BLEE) en los pacientes al ingreso en nuestro centro pues es posible que la alta endemia de IN por BMR sea secundaria a la colonización importada de otros centros; B) Identificar los pacientes colonizados al ingreso para adoptar medidas de prevención que eviten futuras infecciones por estos agentes

### **RESULTADOS**

De los 105 pacientes 11 estaban colonizados por SARM (10,5%) y 14 estaban colonizados por BGN productoras de BLEE (13,3%). Si consideramos los pacientes colonizados por SARM y/o por BGN productoras de BLEE, 24 pacientes estaban colonizados por BMR (22,9% de pacientes colonizados). Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la colonización por BMR para los siguientes factores: a) Pacientes con UPP; b) Según el diagnóstico principal los enfermos con neoplasia, enfermedades del aparato circulatorio o con enfermedades de piel y tejidos blandos tienen mayor probabilidad de estar colonizados por BMR; c) Según los servicios clínicos de procedencia la colonización por BMR es más frecuente en pacientes procedentes de las UCE y de servicios de oncología. No se observa colonización por BGN productoras de BLEE en pacientes portadores de SNG o PEG.

# XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Bilbao 07/09 noviembre 2012 Palacio de Congresos Euskalduna

## **ESTUDIO DE COLONIZACIÓN EN LAS MANOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL DR. MOLINER**

**Autores:** MD Sánchez Roldán, MD Gil Aparicio, S Giner Almaraz, C Martínez Moreno, C Sabater Bori, MJ Merino Plaza

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### **OBJETIVOS**

A) Conocer la prevalencia de personal sanitario cuyas manos están colonizadas por microorganismos patógenos; B) Concienciar al personal de la importancia de la higiene de manos; C) Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de la IN a través de las manos del personal sanitario.

### **RESULTADOS**

A) De los 106 trabajadores considerados 30 presentaban sus manos colonizadas por algún tipo de bacteria patógena (28,3%) y 24 presentaron cultivo negativo (22,6%) y 52 presentaron flora residente (49,1%) (Estafilococo coagulasa negativo, Corynebacterium sp. o S viridans); B) Los hombres presentaron mayor porcentaje de colonización en sus manos que las mujeres (38,8% frente a 26,1%); C) Los estudiantes presentaron la mayor tasa de colonización en sus manos (55,5%), seguidos de facultativos y celadores (36,4%), DUE (22,6) y auxiliares de enfermería (18,9); D) Por servicios y unidades, el % de colonización observado fue muy variable, oscilando entre el 0% en el personal de laboratorio y el 63,6% en una de las unidades de hospitalización.

## **ESTUDIO DE COLONIZACIÓN NASAL POR S. AUREUS EN SANITARIO DEL DR. MOLINER**

**Autores:** MD Sánchez Roldán\*, MD Gil Aparicio, S Giner Almaraz, C Sabater Bori, I Ortolá Soria, C Romero Romero

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### **OBJETIVOS**

A) Control y la vigilancia de los mecanismos que favorecen la propagación de infecciones nosocomiales por SARM; B) Conocer la prevalencia de personal sanitario cuyas fosas nasales están colonizadas por SAMR; C) Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de SARM a través del personal sanitario.

### **RESULTADOS**

Los resultados de los 25 cultivos microbiológicos realizados fueron: a) Flora regional (FR) =15; b) S. Aureus Oxacilin Sensible (SAOS) = 6; c) S. Aureus Oxacilin Resistente (SARM) = 4. Todos los trabajadores con frotis nasal positivo, tanto para SAOS como para SARM, fueron tratados con pomada de Mupirocina nasal (Bactroban) durante 7 días. Una vez finalizado el tratamiento, se les practicó frotis nasal de control post-tratamiento. Los resultados de los controles post-tratamiento se negativizaron, si bien quedó 1 cultivo pendiente de realizar por ILT del trabajador y sólo en un caso del control post-tratamiento fue positivo para SAOS. En este último caso, el tratamiento con mupirocina se interrumpió antes de los 7 días.

# XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Bilbao 07/09 noviembre 2012 Palacio de Congresos Euskalduna

## UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS PROPORCIONADOS POR EL LABORATORIO EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

**Autores:** M J Merino Plaza, P Tenllado Doblas, M Castillo Blasco, M Zamora Capitán, M Boza Cervillo, V Cabo Arnal

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### OBJETIVOS

A) Realizar un cribado nutricional sistemático para identificar al paciente con DN y valorar sus requerimientos nutricionales; B) Seguir la evolución del paciente para prevenir las complicaciones secundarias a la DN; C) Comprobar eficacia de actuación nutricional.

### RESULTADOS

A) La prevalencia de DN detectada con CONUT en las 2044 determinaciones realizadas a los pacientes ingresados en 2011 es del 65,4% con 38% de DN leve, 30% de DN moderada y 6,4% de DN grave; B) En los 133 pacientes valorados en la unidad de nutrición la prevalencia de DN al ingreso detectada con CONUT es de 84,2% con 38,3% de DN leve, 34,6% de DN moderada y 11,3% de DN grave; C) Al alta los valores fueron de 46,6% de DN leve, 24% de DN moderada y 9% de DN grave; D) Con la VNC realizada a estos pacientes la prevalencia de DN al ingreso es del 80,7% con 37% de DN leve y 33,8% de DN moderada (7,4% de DN calórica, 12,5% de DN mixta y 60,7% de DN proteica). E) Los valores al alta fueron de 41,6% de DN leve y 26,3% de DN moderada (15,7% DN calórica, 26,9% DN proteica y 28,9 DN mixta); F) CONUT tiene una buena sensibilidad para detectar los pacientes con riesgo de DN; G) La intervención nutricional reduce el % de DN especialmente en los pacientes con DN proteica.

## UNIDAD DE NUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA: RESULTADOS 1º AÑO

**Autores:** P.P. Tenllado Doblas, M. Zamora Capitán, M.J. Merino Plaza, M. Castillo Blasco, C. Carvajal Gago, M.R. Roca Castelló

A) La muestra se compone de 92 pacientes; el 51,1% son varones; el 79,4% son mayores de 60 años; B) Destino al alta: un 10,9% exitus, el 85,9% alta hospitalaria, un 2,2% fue trasladado a otro hospital y un 1,1% solicitó alta voluntaria; C) El IMC al ingreso: <16 en un 3,3%; entre el 16 y el 18,4 11,9% y  $\geq 18,5$  el 84,8%. Al alta: IMC <16 0%, entre 16 y 18,4 el 8,7% y  $\geq 18,5$  el 91,3%; D) El pliegue tricípital (en percentiles) al ingreso fue <5 el 7,6%, entre 5 y 10 el 8,7% y >10 el 83,7%; al alta <5 el 7,6%, entre 5 y 10 el 6,5% y >10 el 85,9%; E) El filtro nutricional CONUT al ingreso fue: entre 0 y 4 (normonutrido o desnutrición leve) el 51%, superior a 5 (desnutrición tanto moderada como grave) el 47,9%; al alta 80,2% y 19,8% respectivamente; F) La albúmina (en g/L) al ingreso: <2,8 el 23,9%, entre 2,8 y 3,5 el 60,9% y >3,5 el 15,2%; al alta, <2,8 el 8,7%, entre 2,8 y 3,5 el 54,3% y >3,5 el 37%; G) Los linfocitos al ingreso: <800 el 9,8%, entre 800 y 2000 el 64,1% y >2000 el 26,1%; al ingreso, <800 el 2,2%, entre 800 y 2000 el 52,1% y >2000 el 45,7%; H) El tipo de desnutrición fue al ingreso: normonutrido el 14,1%, desnutrición calórica el 5,4%, desnutrición proteica el 62% y desnutrición mixta el 18,5%; al alta, normonutrido el 46,7%, desnutrición calórica el 3,3%, desnutrición proteica el 43,5%, desnutrición mixta el 6,5%; I) El grado de desnutrición al ingreso fue: leve el 26,1%, moderado el 31,5% y grave el 28,3%; al alta fue leve el 20,7%, moderado el 16,3% y grave el 16,3%.



## **UTILIDAD DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA ITU EN UN HOSPITAL DE ASISTENCIA A PACIENTES CRÓNICOS DE LARGA ESTANCIA**

**Autores: Castillo Blasco M\*, M J Merino Plaza, Soria Romero E, Roca Castelló MR, García Gascó P, Botella Trelis J.**

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia**

### **OBJETIVOS**

**A) Fijar conceptos básicos en el seguimiento y control de la ITU; B) Estudiar los factores de riesgo; C) Conocer los microorganismos más prevalentes y su perfil de sensibilidad; D) Elaborar protocolos de tratamiento empírico basados en los datos de prevalencia y sensibilidad de los gérmenes aislados en los urinocultivos realizados en nuestro centro; E) Establecer indicadores de seguimiento y control del grado de adhesión al protocolo; F) Repetir periódicamente el estudio para adaptar el protocolo al perfil de sensibilidad.**

### **RESULTADOS**

**A) En mayo de 1999 se realizó una encuesta para sondear el grado de adhesión al protocolo de tratamiento empírico de la ITU elaborado en 1997: - Respondieron a la encuesta el 58,3% de los facultativos del centro; - Tras el estudio de los resultados obtenidos, el grado de adhesión al protocolo era del 85,7%; B) En una revisión de historias clínicas realizada en 2003, el protocolo se seguía sólo un 26,7% de los casos; C) En octubre de 2003 se revisaron los perfiles de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro y se elaboró un nuevo protocolo; D) Desde entonces se ha realizado un seguimiento periódico del grado de adhesión al protocolo y de su vigencia en función del perfil de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro; E) En una nueva revisión de historias clínicas realizada en 2006 el grado de adhesión al protocolo había aumentado al 64%; F) En 2007 y 2009 y 2012 se realizaron nuevos cortes para revisar los perfiles de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro y se comprobó que el protocolo seguía siendo vigente, realizando sólo pequeñas adaptaciones.**

## **ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**Autores: M Castillo Blasco, Espuig Bultó MD, Lázaro Blasco A, MJ Olmos Gascón, Vez Fernández A, Herrero Barona C**

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia**

### **OBJETIVOS**

**A) Analizar y aprender de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria; B) Identificar las principales causas de los EA acaecidos en nuestro centro, para evitar que se repitan o para reducir sus efectos; C) Elaborar un plan de acciones para disminuir la incidencia y gravedad de los EA producidos en nuestro centro, implementando prácticas seguras en todos los niveles de prestación asistencial.**

### **RESULTADOS**

**A) Con el análisis de situación realizado se han definido las actividades y los indicadores que nos ayudarán a prevenir los EA ligados a la atención sanitaria y a medir la frecuencia y gravedad de los EA producidos, gestionando las medidas que nos permitirán proporcionar una atención más segura a nuestros pacientes; B) Se han identificado 25 acciones de mejora que han sido analizadas y evaluadas, entre las que destacan la protocolización y estandarización de los métodos de trabajo, la promoción de las medidas de higiene hospitalaria, el uso de sistemas de señalización de riesgos y el promover la declaración voluntaria de EA, registrándolos para su posterior análisis; C) Otras medidas propuestas son el promover el registro de la información en sistemas que sean accesibles a todos los niveles, el formar adecuadamente al personal en temas relacionados con la seguridad del paciente o el promover un ambiente laboral adecuado para favorecer la buena comunicación entre los profesionales.**