

2016 Jornada Anual de la **Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial**

colabora Hospital Dr. Moliner

CUIDANDO AL CUIDADOR: UNA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autoras: Arribas Boscá N*, Aparicio Díaz B y Martínez Capella R*****

*** Psicóloga Clínica Hospital Dr Moliner**

**** Trabajadora Social Hospital Dr Moliner**

***** DUE Hospital Dr Moliner**

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

Desde el Hospital Dr. Moliner se atiende a pacientes con una gran dependencia que requieren estancias de larga duración. En este contexto sus familias cumplen un papel muy importante en el proceso de rehabilitación y en los cuidados que estos pacientes requieren.

Así, la familia, además de enfrentarse a los múltiples cambios que impone la enfermedad, ha de proveer apoyo emocional y cuidado físico a la persona enferma, todo ello sumado al intento de mantener el funcionamiento cotidiano.

En la experiencia de cuidar, sabemos que es de gran importancia que los cuidadores practiquen su propio autocuidado, porque de esta manera proporcionan una atención de mayor calidad, toman decisiones más acertadas y están mejor preparados para responder al estrés y malestar emocional asociado. Además, proporcionar información y dotar de estrategias a los cuidadores, disminuye los efectos adversos y aumenta la adherencia al tratamiento.

A través de la Comisión de Calidad y mediante el pase de unas encuestas se detectaron en el año 2012 una serie de necesidades en los familiares (especialmente en los cuidadores principales).

Por todo esto, desde Diciembre de 2013 realizamos los talleres de Cuidado al Cuidador. A lo largo de seis sesiones impartidas por un equipo interdisciplinar (psicóloga clínica, trabajadora social y enfermera) se proporcionan estrategias y recursos para afrontar las dificultades asociadas a la enfermedad y prevenir el Síndrome del Cuidador (trastorno caracterizado por agotamiento físico y psicológico provocado por un estrés continuado asociado a la experiencia de cuidar).

Las sesiones son muy interactivas, favoreciendo al máximo la reflexión y la búsqueda de recursos. Se trabajan emociones y se realizan visualizaciones, ejercicios de distribución del tiempo, etc.

Hasta la fecha han participado 88 cuidadores; de los cuales la mayoría tienen a su familiar ingresado en La Unidad de Daño Cerebral.

Los resultados de las encuestas indican que el cuidado recae en el género femenino con una media de edad superior a los 60 años y sin formación previa en cuidados. Muchos de ellos presentan sobrecarga y clínica afectiva y ansiosa asociada.

Las encuestas reflejan también, que el balance que realizan de la participación en el taller es positivo, mostrándose satisfechos de poder compartir un espacio de ayuda mutua.

Estos talleres, además de favorecer una mejora en la calidad asistencial, proporcionan una atención más humanizada. Además, potencian la relación de grupo, aumentan la seguridad y calidad del cuidado y mejoran la aceptación del alta hospitalaria. Algunos de los asistentes explican que estas iniciativas les ayudan a transformar una experiencia dolorosa de crisis en una oportunidad de enriquecimiento personal.

Consideramos que el apoyo al familiar en un pilar clave de la atención sanitaria. Es necesario formar y dotar de estrategias y recursos para que puedan afrontar la difícil situación que están viviendo. Así mismo, rescatar la importancia de su autocuidado como requisito para prevenir la claudicación familiar.

REGISTRO DE DATOS EN UNA UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL, ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS DE RECUPERACIÓN

Autores: Badía Picazo MC*, Garcia Gasco MP, Castillo Blasco M**, Sanchez Ponce G***, Roca Castello MR**.**

UDC Hospital Dr. Moliner, Serra, Valencia: *: Neurología; **: Medicina Interna

***** Servicio Rehabilitación Hospital Arnau, Valencia.**

OBJETIVOS

A) Realizar un análisis descriptivo de las características de los pacientes ingresados en la UDC; B) Detectar posibles factores pronósticos de recuperación funcional.

RESULTADOS

A) Analizamos los datos de 248 pacientes ingresados en nuestra UDC. La media de edad fue de 60,1 años, siendo un 35,8% mujeres y 64,2% varones; B) El tiempo de evolución desde el evento hasta el ingreso fue de 32,2 días de media, la estancia media en la unidad fue de 85,6 días, se analizaron el hospital y servicio de procedencia; C) Respecto al diagnóstico: 83% fueron ictus (26% hemorrágico, 57% isquémico) y 17% otras causas (TCE, cirugía de tumor, encefalopatía hipóxica, HSA, infección SNC); D) Se analizaron los factores de riesgo más prevalentes y las complicaciones más frecuentes presentadas por los pacientes, su situación y destino al alta. E) Analizamos las puntuaciones en las distintas escalas de focalidad neurológica y funcionalidad tanto al ingreso como al alta así como los posibles factores que nos ayudarán a conocer el pronóstico funcional de los pacientes. F) Los factores pronósticos que más influyeron en la discapacidad al alta en nuestra muestra fueron, en el análisis univariante: la edad, existencia de disfagia, incontinencia o heminegligencia al ingreso, puntuación en PIDEX-2, NIHSS, Rankin, FIM, TCT, I Motor, I. Barthel, CMHS, CBHS, SedHS, CFMHS, CaPHS al ingreso, así como la puntuación del I. Barthel previo al evento. No influyendo otros como el síndrome depresivo, el deterioro cognitivo, NPI y CONUT al ingreso. G) Cuando realizamos un análisis de regresión logística multivariante objetivamos que los factores que demostraron un valor pronóstico de forma independiente fueron la edad, la existencia de disfagia al ingreso y la puntuación en el TCT, NIHSS y el índice de Barthel al ingreso.

CONCLUSIONES

El registro de datos de pacientes ingresados en una unidad de daño cerebral nos ayuda a analizar los distintos factores que pueden ayudarnos a pronosticar la posible evolución de los pacientes, lo cual es importante a la hora de planificar tratamientos, definir los criterios de inclusión, mejorar la información proporcionada a pacientes y familiares y ayudar a planificar el alta, con el consiguiente aumento de la calidad de la atención y la eficiencia de estas unidades.

APORTACIONES DE LA MUSICOTERAPIA COMO INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO

Autoras: Bellver Vercher I., Alegre Soler A.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

La diversidad de las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas requiere las aportaciones de un abordaje multidisciplinar, versátil y en continua adaptación, así como la implementación de diferentes enfoques terapéuticos que aborden su atención integral.

La musicoterapia se presenta como un tratamiento complementario de atención especializada centrada en el paciente y ajustado a sus necesidades reales. Según Alegre y Bellver (2015), la musicoterapia es una disciplina científica facilitadora de cambios físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales aplicada por un profesional musicoterapeuta que favorece con su música el acompañamiento del proceso personal posibilitando la manifestación de respuestas singulares que revelan la apertura hacia la expresión y la comunicación. La música ayuda en la aceptación de la nueva situación y el afrontamiento de una forma activa, centrándose en las repercusiones emocionales que la nueva situación genera en el paciente.

La participación en las experiencias musicoterapéuticas que se proponen conlleva la implicación activa del paciente en su proceso terapéutico de una forma sencilla y natural, desarrollando sus capacidades preservadas y conectando con la parte más sana de la persona, descubriendo de este modo, su capacidad de resiliencia.

Durante la comunicación se expondrán vídeos de sesiones reales y se presentará la metodología activa y receptiva que se utiliza en las sesiones. Dicha metodología es la que permite la adaptación de las sesiones grupales e individuales, incluyendo los diferentes elementos musicales manejados por las musicoterapeutas como medio para conseguir los objetivos terapéuticos planteados y, en definitiva, de este modo, aumentar la calidad asistencial en el hospital de crónicos mediante las sesiones de musicoterapia.

2016

Jornada Anual

de la

Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial

colabora Hospital Dr. Moliner

HIGIENE DE MANOS: IMPORTANCIA Y COLABORACION DE GRUPOS PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

Autoras: Mercedes Boza Cervilla*, Milagros Boza Cervilla**

CENTRO DE TRABAJO: *DUE Hospital Dr. Peset, **DUE Hospital Doctor Moliner

OBJETIVO

Conseguir la colaboración de los colectivos no profesionales en la lucha contra la infección nosocomial, utilizando los medios disponibles.

MÉTODOS

A) Se basa en impartir una formación básica sobre la higiene de manos, adecuada a cada grupo, teniendo en cuenta sus conocimientos previos sobre el tema, si es que existen; B) Para ello, se empleará la formación por grupos, la formación personalizada “in situ” y la observación de la higiene de manos en los cinco momentos en lo que al personal sanitario se refiere; C) Otro punto distinto, es el de celadores, pues siendo personal no sanitario, si realizan un trabajo relacionado directamente con los pacientes, necesitan formación sobre higiene de manos, pero ésta debe adecuarse a sus conocimientos previos; D) Igualmente, los trabajadores de cocina deben recibir formación continua, que les permita recordar lo que hayan aprendido en la formación previa exigida de manipuladores de alimentos; E) Otro punto importante es la concienciación y formación en un nivel adecuado de los acompañantes, bien sean familiares o cuidadores contratados, a los que hoy por hoy no se les solicita titulación.

CONCLUSIONES

Intentar implementar esta metodología, con la finalidad de que entre todos podamos luchar contra la infección nosocomial, implicando a todos los colectivos, es la única vía para que las medidas adoptadas sean efectivas.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS

Autores: Rodrigo Bartual V*, Boza Cervilla M*, Gómez Pajares F**, Alcalá del Olmo E*, Martínez Asensi A*, Martínez Capella R*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner, **Hospital Arnau de Vilanova

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de la técnica y del cumplimiento de la higiene de manos.

RESULTADOS

A) Se realizaron 103 observaciones de la técnica; B) La técnica se consideró adecuada cuando el número de zonas limpias en ambas manos fue superior a 8. La realizaron adecuadamente 61 profesionales (59,2%); C) El análisis bivariante mostró asociación de la adecuación con el servicio ($p < 0,001$) y con el estamento ($p < 0,017$); D) Se observaron 205 oportunidades de cumplimiento de higiene de manos; E) La media de cumplimiento fue del 39,0%. Por servicios el rango fue de 9,0 a 74,5% y por estamentos de 25,0 a 58,3%; F) El uso inadecuado de guantes estuvo presente en el 39,2% de las omisiones de la higiene de manos.

CONCLUSIONES

Evaluar la técnica puso de manifiesto su desconocimiento por un amplio sector del personal sanitario. El cumplimiento de la higiene de manos también fue bajo. Estos hechos, unidos al uso inadecuado de guantes orientaron las estrategias formativas a realizar en 2016, priorizando en la comprensión de las causas y consecuencias de la higiene de manos, así como del uso racional de guantes, dedicando mayor atención a las unidades y estamentos que obtuvieron peores resultados.

2016 Jornada Anual

de la **Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial**

colabora Hospital Dr. Moliner

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN LABORAL. ¿CUÁLES UTILIZAR?

Autores: Merino Plaza MJ*, Martínez Asensi A*, Arribas Bosca N*, Martínez Capella R*, Aparicio Díaz B*, Caballero García JJ*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

A) Identificar las dimensiones con más impacto sobre la satisfacción laboral de los profesionales de un HACLE; B) Monitorizar la evolución de la satisfacción laboral en el tiempo; C) Comprobar la sensibilidad de los indicadores de seguimiento empleados para evaluar la eficacia de los cambios introducidos.

RESULTADOS

A) La satisfacción laboral media fue similar en los dos estudios realizados (Estudios Transversales seriados de 2013 y 2015, aplicando la encuesta de satisfacción laboral de la Osakidetza): 7,10 en 2013 y 7,04 en 2015 (N2013=90;N2015=111); B) El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. C) Los aspectos mejor evaluados en los 2 cortes fueron la calidad del servicio y la relación con el mando y los peor evaluados, la percepción de la dirección y el reconocimiento. D) En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de algunas de las dimensiones consideradas, sí que se asociaba a la satisfacción laboral. E) Los aspectos más asociados fueron: comunicación, clima de trabajo, formación y relación con el mando. F) En el estudio comparativo de los resultados de 2013 y 2015, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que la medida de la satisfacción global.

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados, el indicador más sensible es la representación gráfica del porcentaje de trabajadores con percepción adecuada de las dimensiones consideradas. Dicho porcentaje aporta más información que la evaluación de la satisfacción media respecto a cada una de las dimensiones o que la percepción global de la satisfacción.

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PSICO 3.1 A LOS TRABAJADORES DE UN HACLE

Autores: Merino Plaza MJ*, Martínez Asensi A*, Garrote Marcilla A*, Fort Maicas JD*, Violero Lucas O*, Pavón Andreu C*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

A) Obtener el perfil valorativo de los trabajadores para cada uno de los riesgos y su relación con las distintas variables; B) Elaborar un Plan de Acciones Preventivas.

RESULTADOS

A) N 236 (111 respuestas); Participación 47%; 85% mujeres; B) El porcentaje de trabajadores con valoración adecuada para cada uno de los riesgos psicosociales evaluados es el siguiente: Tiempo de trabajo (TT)=65%; Autonomía (AU)=75%; Carga de trabajo (CT) =46%; Demandas Psicológicas (DP)=54%; Variedad y contenido del trabajo (VC)=81%; Participación/supervisión (PS)=17%; Interés por el trabajador/Compensación (ITC)=67%; Desempeño de rol (DR)=49% y Relaciones y apoyo social (RAS)=59%; C) Se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables: TT: Categoría profesional, antigüedad en el puesto, turno, responsabilidad sobre dirección de equipos, trabajo de noches, valorado por los familiares, disfrute con el trabajo; AU: Categoría profesional, valorado por pacientes y familiares, depresión, disfrute con el trabajo, satisfacción laboral, optimismo; DP: Categoría profesional, optimismo; CT: Ansiolíticos, contacto directo con pacientes, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar; VC: Valorado por los superiores, disfrute con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar; PS: Edad, Categoría profesional, hijos, valorado por los superiores, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar; ITC: bajas laborales, ansiolíticos, autoeficacia; DR: valorado por compañeros y superiores, disfrute con el trabajo, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar; RAS: Categoría profesional, valorado por pacientes y familiares, disfrutar con el trabajo, satisfacción laboral, autoeficacia; D) Tras el análisis de los resultados, se ha elaborado un Plan de acciones preventivas.

CONCLUSIONES

A) Las reacciones frente a una determinada situación psicosocial no son las mismas para todos los trabajadores, sino que las características personales determinan el grado de afectación y las consecuencias; B) Los factores psicosociales pueden afectar la motivación y la satisfacción laboral y generar estrés dependiendo de la percepción del trabajador y de su capacidad de respuesta.

RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES QUE EVALÚAN LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE

Autores: Merino Plaza MJ*, Morro Martín MD*, Espuig Bultó MD*, Hortelano Martínez E*, Alcalá del Olmo E*, Aroca Mayor F*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

Conocer la relación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente.

RESULTADOS

A) Se repartieron 158 cuestionarios al personal sanitario de un HACLE. Las percepciones medias de satisfacción laboral y de seguridad fueron similares en ambos estudios: 7,1 y 7,8 en 2013 y 7,0 y 7,5 en 2015, respectivamente (N2013=66;N2015=92); B) Para cuantificar el grado de asociación entre las distintas variables se utilizó la Odds Ratio y su intervalo de confianza del 95%; C) Las dimensiones que definen la satisfacción laboral más fuertemente asociadas con una alta percepción de seguridad fueron, percepción de la dirección, ambiente de trabajo, participación, relación con el mando, gestión del cambio, definición del puesto de trabajo y formación, con $OR \geq 5$; D) Las dimensiones que definen la cultura de seguridad más fuertemente asociadas con una alta percepción de satisfacción laboral fueron, problemas en los cambios de turno, mejora continua, feed back sobre comunicación de errores y percepción de seguridad en la unidad, con $OR \geq 5$; E) Las dimensiones de la encuesta de satisfacción laboral que muestran correlaciones más significativas respecto a las dimensiones de la encuesta sobre cultura de seguridad son ambiente de trabajo y comunicación, con 6 coeficientes $\geq 0,5$; F) La dimensión de la encuesta sobre cultura de seguridad que muestra correlaciones más significativas respecto a las dimensiones de la encuesta de satisfacción laboral es feed-back sobre comunicación de errores, con 8 coeficientes $\geq 0,5$.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. Esta información puede ser útil para diseñar alternativas que nos permitan incrementar la satisfacción laboral y optimizar la calidad del servicio.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HACLE

Autores: Merino Plaza MJ*, García Gascó P*, Martínez Capella R*, Morro Martín MD*, Moreno Casero T*, García Jover A*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

A) Conocer la relación entre los factores de riesgo psicosocial y las escalas del Burnout; B) Elaborar planes de mejora.

RESULTADOS

A) N 236. 111 respuestas (participación 47%); 85% mujeres. B) El % de trabajadores con alto riesgo respecto a los factores psicosociales evaluados fue: Tiempo de trabajo=11%; Autonomía=11%; Carga de trabajo=27%; Demandas Psicológicas=17%; Variedad y contenido del trabajo=5%; Participación/supervisión=54%; Interés por el trabajador=10%; Desempeño de rol=19% y Relaciones y apoyo social=16%; C) El % de trabajadores con alta afectación respecto las escalas del Burnout fue: Cansancio emocional (CE)=31%; Despersonalización (DP)=27%; Realización Personal (RP)=33,6%; D) Para cuantificar el grado de asociación entre las distintas variables se utilizó la Odds Ratio. Las diferencias estadísticamente significativas obtenidas fueron: *CE: Carga de trabajo, Variedad y Contenido del trabajo, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social; *DP: Carga de trabajo, demanda psicológica, Variedad y Contenido del trabajo, participación y supervisión, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social; *RP: Tiempo trabajado, autonomía, Variedad y Contenido del trabajo; *Burnout: Autonomía, Carga de trabajo, Variedad y Contenido del trabajo, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social; E) Las mayores correlaciones para el CE se observaron con la carga de trabajo seguido de la satisfacción laboral (correlación negativa) y el optimismo; F) La mayor correlación de la DP fue con el CE; G) La mayor correlación de la RP fue con la satisfacción laboral, seguido por la variedad y contenido del trabajo y el CE (correlaciones negativas).

CONCLUSIONES

A) El análisis de la situación es la base para elaborar planes de mejora; B) Participar en el análisis de las causas de los problemas y discutir sobre cómo solucionarlos favorece la implicación y el compromiso de los trabajadores.

GRADO DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HACLE Y VARIABLES PREDICTORAS

Autores: Merino Plaza MJ*, Roca Castelló MR*, Arribas Boscá N*, Martínez Asensi A*, Estellés Vicent A*, Ramírez de Aguilera Fernández G*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

A) Conocer el grado de Burnout del personal y la relación entre las distintas variables; B) Elaborar un Plan para la prevención del síndrome.

RESULTADOS

A) N 236; 111 respuestas (participación 47%); 85% mujeres; B) La media de las subescalas presenta puntuaciones dentro de la normalidad comparada con otros estudios (CE 19,67, DP 5,75 y RP 37,94); C) Nuestros resultados evidencian que: C1) 18,18% de los profesionales no presentan ninguna escala afectada; C2) 65,45% de la muestra presenta CE, 55,45% DP y 50,91% baja RP; C3) 21,82% presenta una escala afectada, 31,82% dos y 28,18% las tres; C4) El 11,82% de los trabajadores presentan alto grado de afectación de las 3 escalas (Burnout franco); C5) Se observa mayor cansancio emocional en las mujeres, en el personal que toma ansiolíticos y en el personal de mañanas fijas; C6) Se observa mayor cansancio emocional y despersonalización en el tramo etario entre 25 y 35 años, entre 10 y 14 años de antigüedad laboral y en los trabajadores de entre 15 y 20 años de antigüedad en el hospital y en el puesto de trabajo; C7) La responsabilidad sobre dirección de equipos actúa como factor protector; D) Se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables: D1) Cansancio emocional: tener hijos, fármacos ansiolíticos, sentirse valorado por pacientes y compañeros, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar, percepción de disfrute con el trabajo, percepción de autoeficacia; D2) Despersonalización: Responsabilidad sobre dirección de equipos, tener hijos, trabajar de noches, sentirse valorado por los compañeros, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar; D3) Realización personal: Categoría profesional, tener hijos, fármacos ansiolíticos, Contacto directo con pacientes, sentirse valorado por los pacientes, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar, percepción de satisfacción laboral; D4) Presencia de Burnout: fármacos ansiolíticos, satisfacción laboral, optimismo y apoyo familiar; D5) Existe correlación entre las 3 variables respuesta (CE, DP y RP) y con algunos de los factores protectores estudiados; E) Tras el análisis de los resultados, se ha elaborado un Plan para la prevención del Burnout.

CONCLUSIONES

A) En el síndrome de Burnout intervienen factores organizacionales, laborales e individuales; B) Es útil realizar evaluaciones periódicas e intervenciones directas a distintos niveles para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la calidad asistencial.

EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE: INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Autores: Merino Plaza MJ*, Morro Martín MD*, Castillo Blasco M*, Polo Miguel A*, Íñigo Díez J*, Portolés Mola I*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner

OBJETIVOS

A) Identificar las dimensiones con mayor impacto sobre la seguridad del paciente de los profesionales de un HACLE; B) Monitorizar su evolución en el tiempo; C) Comprobar la sensibilidad de los indicadores empleados para evaluar la eficacia de los cambios introducidos.

RESULTADOS

A) Se repartieron 158 cuestionarios al personal sanitario de un HACLE. B) La percepción media de seguridad fue similar en ambos estudios: 7,8 en 2013 y 7,5 en 2015 (N2013=66; N2015=92). C) El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. D) El aspecto mejor evaluado en los 2 cortes fueron las acciones realizadas por los supervisores en pro de la seguridad del paciente. E) Los peor evaluados fueron la dotación de personal y el apoyo de la dirección. F) En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de algunas de las dimensiones consideradas, sí que se asociaba a la percepción de seguridad. G) Las dimensiones más asociadas con el efecto fueron: la 3, 4 y 6 (seguridad en la unidad, acciones de la supervisión y comunicación). H) En el estudio comparativo de los resultados de 2013 y 2015, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que la evaluación de la seguridad global.

CONCLUSIONES

A) Según nuestros resultados, el porcentaje de trabajadores con percepción adecuada respecto a cada una de las dimensiones consideradas es el indicador más sensible para detectar las áreas de mejora y la efectividad de las medidas adoptadas. B) Dicho porcentaje aporta más información que la media respecto a cada una de las dimensiones o que la percepción de seguridad global.

2016

Jornada Anual

de la

Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial

colabora Hospital Dr. Moliner

DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA GESTIONAR LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HACLE

Autores: Rodrigo Bartual V*, Boza Cervilla M*, Gómez Pajares F**, Merino Plaza MJ*, Andrés Soler A*, Roca Castelló MR*

CENTRO DE TRABAJO: *Hospital Doctor Moliner, **DUE Hospital Arnau de Vilanova

OBJETIVOS

A) Calcular la incidencia de Infección Nosocomial (IN) producida por Microorganismos Multirresistentes (MOMR); B) Evaluar la adecuación de las medidas adoptadas para prevenir su transmisión; C) Estimar el número de habitaciones individuales necesarias para cumplir las recomendaciones de aislamiento.

MÉTODOS

A) Estudio prospectivo de cohortes. A partir del registro del servicio de Medicina Preventiva, se recopilaron los datos referentes al primer episodio de infección por MOMR y las medidas preventivas adoptadas según las recomendaciones consensuadas en la Comisión de Infección Hospitalaria y Política Antibiótica; B) Se recogió información sobre MOMR, localización, centro de origen y tipo de medida preventiva adoptada (ninguna, aislamiento o precauciones); C) Se describieron todas las variables mencionadas mediante técnicas estadísticas habituales. Seguidamente se estimó el número de camas que serían necesarias para poder adoptar las medidas adecuadas.

RESULTADOS

A) El índice de ocupación del centro durante 2015 fue del 96,1%, con un total de 731 ingresos y 49.069 estancias. La estancia media fue de 67,13 días. Durante este periodo se registraron 165 episodios de infección por MOMR en 129 pacientes; B) La incidencia acumulada (IA) de pacientes infectados fue 17,6 % y la de infecciones 22,5%. La densidad de incidencia (DI) de infecciones fue de 3,3‰ estancias; C) Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron enterobacterias productoras de betalactamasas: 52 (31,3%), SARM: 36 (21,7%) y Pseudomonas aeruginosa: 33 (19,9%); D) Sus localizaciones más frecuentes fueron tracto urinario: 58 infecciones (34,9%), IA 7,9%, DI 1,2‰; tracto respiratorio: 40 (24,1%), IA 5,4%, DI 0,8‰ y úlceras cutáneas: 36 (21,7%), IA 4,9%, DI 0,7‰; E) La infección se originó en el propio centro en 120 casos (72,3%); F) Únicamente se aislaron 58 (34,9%) de los episodios, cuya mediana de duración fue de 35 días. Las estimaciones basadas en dicha duración indican que sería necesario disponer anualmente de 126 camas adicionales para poder aislar a todos los pacientes que lo requieran.

CONCLUSIONES

A) En muchos de los episodios no se adoptaron las medidas preventivas adecuadas. B) Las dificultades para su aplicación se relacionan con la alta demanda de hospitalización en centros de larga estancia; C) Dado el elevado riesgo de infección por MOMR que presentan los pacientes que precisan cuidados crónicos, la aplicación de dichas medidas implica revisar las recomendaciones de aislamiento del centro, realizar modificaciones estructurales y planificar actuaciones para conciliar progresivamente oferta, calidad y seguridad asistencial.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Declarado de Interés Sanitario por la Conselleria de
Sanitat Universal i Salut Pública
Solicitada acreditación a la EVES



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

