

# El Dr. Moliner participa con 8 comunicaciones en la VI Jornada de la Comunitat Sanitaria de Gestión Sanitaria, Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente



## DE GESTIÓN SANITARIA, CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

### **INCREMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS**

**Autores:** Merino Plaza MJ\*, Roca Castelló MR\*, Castillo Blasco M\*, Martínez Asensi A\*, Espuig Bultó MD\*, Morro Martín MD\*

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

#### **OBJETIVOS**

A) Identificar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente; B) Identificar sus causas para minimizar su recurrencia; C) Relacionar los riesgos con los procesos de la organización; D) Priorizar su abordaje; E) Elaborar Planes de acción para su manejo.

#### **RESULTADOS**

A) Definición del catálogo de riesgos; B) Construcción del Mapa de Riesgos Operativo; C) Identificación y priorización de los riesgos más frecuentes en 15 de los procesos de la Organización; D) Realización de un AMFE en el que se analizaron 108 modos de fallo, identificándose múltiples causas y acciones preventiva; E) Incremento de la cultura de seguridad y de la declaración de EA a través del sistema de notificación, pasándose de 34 EA declarados entre 2012 y 2013 a 74 en el primer trimestre de 2014; F) Propuesta de Planes de acción con estrategias para el abordaje de los riesgos identificados; G) Puesta en marcha de medidas preventivas para los riesgos que la Dirección consideró prioritario abordar.

#### **CONCLUSIONES**

Los Mapas de Riesgos mejoran el entendimiento de la Organización y contienen información que apoya el desarrollo de programas para su adecuada gestión. Permiten orientar eficazmente las acciones, al definir prioridades y disponer de propuestas sobre las medidas para minimizar los riesgos. Al diseñarlos se promueve el trabajo en equipo y se incrementa el entendimiento de los procesos analizados, creando un mayor nivel de responsabilidad y colaboración.

### **PLAN DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO**

**Autores:** Merino Plaza MJ\*, Arribas Boscá N\*, Nebot Sánchez MC\*, Martínez Asensi A\*, Gil Aparicio MD\*, Llovet Planas J\*

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

#### **OBJETIVOS**

A) Elaborar un plan de acciones para la prevención del síndrome; B) Concienciar al personal y a los directivos sobre la importancia y las consecuencias del síndrome, tanto a nivel individual como organizacional y sus repercusiones sobre la calidad asistencial; C) Implantar las medidas preventivas propuestas y comprobar su efectividad en la próxima encuesta a realizar en 2016.

#### **RESULTADOS**

Propuesta de un Plan de acción con distintas acciones y estrategias para la reducción del estrés laboral: A) Estrategias instrumentales basadas en la formación y el desarrollo personal en habilidades como resolución de problemas, asertividad, gestión del tiempo, comunicación y relaciones sociales; B) Estrategias paliativas de formación en habilidades como la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación; C) Creación de grupos de apoyo donde los profesionales puedan compartir experiencias; D) Establecimiento de estrategias organizacionales para la prevención del síndrome basadas en la retroinformación a los profesionales, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional y en el establecimiento de programas de estímulo y reconocimiento

Tras la presentación del Plan se han puesto en marcha varias medidas para la prevención del síndrome.

#### **CONCLUSIONES**

El Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico y provoca disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, con repercusiones negativas para las personas y para la organización. El primer paso para la resolución del problema es conocer su existencia e implantar medidas preventivas y paliativas para afrontar la situación y tratar de reducir el estrés laboral y humanizar la atención sanitaria.

## **EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADECUACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE DIGOXINA EN LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES**

**AUTORES:** Nebot Sánchez \*\*MC, Hernández Lorente E\*, Escoms Moreno MC\*, Puchades Pascual MD\*, Marqués Miñana R\*\*\*

\* Servicio de Farmacia. Hospital Doctor Moliner. Valencia

\*\*Laboratorio de Análisis. Hospital Doctor Moliner. Valencia

\*\*\* Servicio de Farmacia. Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia

### **OBJETIVO**

Se estableció el grado de cumplimiento de los estándares que aconsejan la monitorización de digoxina en los pacientes ingresados en un Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia en tratamiento con la misma.

### **RESULTADOS**

**Pacientes en tratamiento con digoxina 65.**

Tratamiento > 7 días	49
Edad > 75a con dosis plenas	60
Alteración función renal	19
Alteración función tiroidea	10
Obesos	1
Hipokaliemia	2
Interacciones farmacológicas	55

Un total de 49 (75,4%) pacientes cumplieron criterios, de los cuales sólo se monitorizaron 6. Grado de adecuación que se obtuvo fue del 12,2%.

### **CONCLUSIONES**

**A) Bajo grado de adecuación a los criterios establecidos; B) Un conocimiento más óptimo de los criterios de monitorización puede llevar a mejorar la calidad de los tratamientos.**

## **ACCIONES REALIZADAS PARA MEJORAR LA ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS EN UN HACLE**

**Autores:** Boza Cervilla M\*, Alcalá del Olmo E\*, Azcón Sánchez M\*, Gil Aparicio MD\*, Olmos Gascón MJ\*, Garrote Marcilla A\*

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

### **OBJETIVOS**

**A) Identificar causas de la falta de adhesión al protocolo; B) Priorizar las áreas de mejora y actuar sobre ellas; C) Evaluar los conocimientos sobre higiene de manos del personal; D) Establecer un programa para promocionar la higiene de manos; E) Implantar las medidas propuestas y comprobar su efectividad.**

### **RESULTADOS**

**A) En el estudio de colonización de manos del personal realizado en 2012 se observó un descenso del 7,1% en el porcentaje de personal colonizado respecto al estudio de 2010; B) En la aplicación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos de la OMS en 2014 se obtuvo una puntuación de 287,5 puntos; C) En la evaluación de los conocimientos sobre higiene de manos, la principal área de mejora detectada fue la del uso correcto de guantes.**

### **CONCLUSIONES**

**Aunque la correcta higiene de manos es una medida sencilla, efectiva y económica, para implementarla, hay que contar con la concienciación de todo el personal, lo cual, no siempre es fácil y para conseguirlo, es necesario abordar el problema mediante una estrategia multimodal.**

### **PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DEL CLIMA LABORAL EN UN HACLE**

**Autores:** Nebot Sánchez MC\*, Martínez Asensi A\*, Espuig Bultó MD\*, Morro Martín MD\*, Merino Plaza MJ\*, Matoses Climent MA\*

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

#### **OBJETIVOS**

**A) Elaborar un plan de acción para mejorar el clima laboral y la cultura de seguridad del paciente; B) Concienciar a los directivos de la importancia de que las personas se sientan dueñas de su trabajo y desarrollen sus competencias y las repercusiones de este hecho sobre la calidad asistencial; C) Implantar las medidas propuestas y comprobar su efectividad en la encuesta de clima laboral a realizar en 2015.**

#### **RESULTADOS**

**Propuesta de un Plan de acciones con distintas medidas y estrategias para promover el desarrollo de las personas: A) Realizar, en la medida de lo posible, una gestión por competencias; B) Gestionar el capital intelectual de la organización; C) Promover el trabajo en equipo, la participación del personal y su desarrollo profesional; D) Realizar una correcta gestión del cambio; E) Realizar una adecuación de los recursos a la ejecución de los procesos; F) Promover la cultura de seguridad del paciente y del trabajador.**

**Tras la presentación del plan se han implementado medidas a nivel organizacional para la consecución de los objetivos planteados**

#### **CONCLUSIONES**

**Las encuestas de clima laboral ayudan a averiguar el grado de identificación del personal con los objetivos, su sentido de pertenencia, sus relaciones interpersonales y con los mandos y su percepción sobre cómo se valora su trabajo**

**Estas encuestas, deberían realizarse al menos cada 2 años para crear cultura y para conocer la efectividad de las medidas adoptadas en los planes de mejora para resolver los puntos débiles hallados**

**Lograr que las prácticas se vuelvan rutinarias implica arraigar hábitos y esto lleva tiempo. Las personas no cambian su conducta solo con acciones educativas sino se requieren actividades de campo que demuestren la bondad del cambio sugerido. Hay que transformar la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas y para ello, es necesaria la implicación del personal.**

### **LA MUSICOTERAPIA COMO COMPLEMENTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA**

**Autores:** Bellver Vercher I\*, Alegre Soler A\*, Cárcel Gómez J\*, Ramírez Sanz M, Nebot Sánchez MC, Roca Castelló MR\*

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

#### **OBJETIVO**

**Mostrar y valorar la aplicación de la musicoterapia en un hospital de larga estancia.**

#### **RESULTADOS**

**27 cuestionarios recogidos (53% de la población atendida). El 100% afirma que la sesión es buena o muy buena y la recomendarían dentro de su tratamiento. El efecto percibido por los pacientes y sus cuidadores es que la musicoterapia les ayuda a relajarse y a evadirse de sus preocupaciones (77%) y que influye en su estado de ánimo y disfrutan de la experiencia (70%).**

#### **CONCLUSIONES**

**Los resultados obtenidos están relacionados con la aportación y prevención que aporta la musicoterapia en patologías como la ansiedad o la depresión que pueden desarrollarse a raíz de largos periodos de ingreso. La atención sanitaria que se lleva a cabo en el Hospital Doctor Moliner ha permitido la inclusión de la musicoterapia como un agente colaborador para complementar la calidad asistencial ofrecida, aportando una mayor humanización de la atención hospitalaria.**

**EVOLUCIÓN DE LOS AGENTES ETIOLÓGICOS DE LA ITU Y SUS SENSIBILIDADES ANTIBIÓTICAS EN UN  
HACLE**

**Autores:** Castillo Blasco M\*, Merino Plaza MJ\*, Andrés Soler A\*, Carrera Hueso FJ\*, Escoms Moreno MC\*, Roca Castelló MR\*

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

**OBJETIVOS**

**Analizar la evolución de los agentes etiológicos de la ITU y sus sensibilidades antibióticas.**

**RESULTADOS**

**Desde 2003 el protocolo de tratamiento empírico de la ITU se ha revisado en 4 ocasiones, destacando el descenso progresivo de E coli como agente causal**

**Los principales hallazgos son:** A) Disminución de la sensibilidad a Amoxicilina/Clavulanico en E coli y Proteus sp; B) Fosfomicina conserva su actividad en E coli, pero en Klebsiella sp, Proteus sp y Ps aeruginosa la sensibilidad ha disminuido; C) Ciprofloxacino ha mejorado su actividad respecto a los cortes anteriores en Klebsiella sp, pero continúa sin ser una buena alternativa terapéutica para el tratamiento de la ITU en nuestro centro; D) E coli y Proteus sp han disminuido su sensibilidad respecto a Cefotaxima; E) E coli y Klebsiella sp han disminuido su sensibilidad respecto a Aztreonam; F) Ceftazidima y Cefepima han disminuido su actividad respecto a Ps aeruginosa y a Proteus sp; G) Los aminoglucosidos conservan su actividad; H) Imipenem conserva su actividad frente a E coli y Klebsiella sp, pero ha perdido actividad frente a Proteus sp y Ps aeruginosa; I) Piperacilina/Tazobactam muestra una actividad aceptable para E coli, Klebsiella sp y Proteus sp.

**CONCLUSIONES**

**La actualización periódica de los protocolos de tratamiento empírico de la ITU ha demostrado una alta efectividad al rotar los antibióticos recomendados para optimizar el tratamiento y evitar la aparición de resistencias por excesiva presión antibiótica.**

**TALLER “CUIDADO AL CUIDADOR”**

**Autores:** Arribas Boscá N\*, Aparicio Díaz B\*, Martínez Capella R

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

**OBJETIVOS**

**A) Proporcionar apoyo psicológico; B) Ofrecer orientación y asesoramiento de recursos sociales; C) Entrenar en solución de problemas y pautas de manejo; D) Practicar estrategias de autorregulación emocional.**

**Todos ellos encaminados a prevenir el “Síndrome del cuidador”.**

**RECURSOS**

**Los recursos utilizados han sido los siguientes:** A) Recursos humanos: psicóloga clínica, trabajadoras sociales y enfermera; B) Recursos materiales: soporte documental, cuestionarios y tests.

**MÉTODOS**

**Se ha utilizado una metodología descriptiva, participativa y documentada.**

**En este taller se realizan 6 sesiones:** 1ª SESIÓN: Presentación del equipo. Resumen del contenido de cada sesión. Evaluación por medio de las escalas de Zarit y HADS; 2ª SESIÓN: Revisión de resultados de las escalas; 3ª SESIÓN: Estrategias para prevenir el Síndrome del cuidador; 4ª SESIÓN: Comunicación y expresión emocional y estrategias de afrontamiento; 5ª SESIÓN: Manejo de cuidados, para la vuelta a casa; 6ª SESIÓN: Recursos sociales: informar. Grupos de autoayuda.

**RESULTADOS**

**Este proyecto tendrá una duración de 2 años (de Noviembre de 2013 a Diciembre de 2015) al final de los cuales se valorarán resultados y darán las conclusiones.**