

5 comunicaciones y 6 pósters del Hospital Doctor Moliner en el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial



EFFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN UN HOSPITAL HACLE PARA REDUCIR LA COLONIZACIÓN DE MANOS DEL PERSONAL

Autores: Alcalá del Olmo E*, Haba Atienza J, Moreno Martínez C, Bellver Bellver M, Giner Almaraz S, Merino Plaza MJ.

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

OBJETIVOS

A) Identificar las causas de la falta de adhesión al protocolo de higiene de manos y actuar sobre ellas; B) Elaborar un Plan de Acciones para mejorar el grado de adhesión; C) Conocer el porcentaje de colonización de manos del personal y compararlo con los resultados del estudio de 2010; D) Adoptar medidas que eviten la transmisión cruzada de la IN a través de las manos del personal.

RESULTADOS

A) Se ha observado un descenso del 7,1% en el porcentaje de personal colonizado respecto al estudio de 2010; B) De los 146 trabajadores estudiados, 31 presentaron colonización por microorganismos patógenos (21%), 5 cultivo negativo (3,4%) y 110 flora residente (75%); C) Los hombres presentaron mayor porcentaje de colonización que las mujeres (23% vs 20,8%), con un sensible descenso frente a los resultados de 2010 (38,8% y 26% respectivamente); D) Se ha observado un sensible descenso en la colonización de manos del personal facultativo (9% vs 36% respecto al estudio de 2010), mientras que el porcentaje de colonización de los celadores se mantiene casi invariable por encima del 30%; E) El % de colonización por Servicios fue muy variable, oscilando entre el 0% y el 44%.

PREVALENCIA DE COLONIZACION POR BACTERIAS MULTIRESISTENTES (BMR) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL HACLE

Autores: Merino Plaza MJ *, Cabo Arnal V, Bellver Bellver M, Andrés Soler A, Gil Aparicio MD, Giner Almaraz.

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

OBJETIVOS

A) Saber el porcentaje de pacientes colonizados por bacterias multirresistentes (BMR) pues es posible que la alta endemia de IN por BMR sea secundaria al porcentaje de colonización de nuestros pacientes; B) Identificar el perfil de paciente colonizado; C) Concienciar a los profesionales y adoptar medidas preventivas que eviten la transmisión cruzada de BMR.

RESULTADOS

A) El 46,8% de los pacientes estaba colonizado por algún tipo de BMR siendo frecuente la colonización por más de una y en más de una ubicación.

- El 27,7% de los pacientes estaba colonizado por SAMR.
- El 30,9 estaba colonizado por BLEE.
- El 5,5% lo estaba por Ps aeruginosa productora de carbapenemasas.

B) En cuanto a la localización de la colonización:

- 39,6% colonización inguinal, sobre todo por BLEE.
- 16,6% colonización axilar por SARM.
- 17,4% colonización nasal por SARM.

C) Se ha observado asociación entre la colonización por BMR y las variables edad y Unidad de hospitalización.

D) Se ha estudiado el consumo de solución hidroalcohólica por Unidades de hospitalización:

- En las Unidades con mayor porcentaje de colonizaciones por BMR se ha producido un descenso en el consumo de solución hidroalcohólica con respecto a años anteriores.
- Los gráficos de consumo de solución hidroalcohólica expresados en L/1000 estancias por Unidades de hospitalización son inversamente proporcionales a los porcentajes de colonización en esas mismas Unidades.

E) Se ha observado paralelismo entre el porcentaje de colonización nasal y axilar de los pacientes por Unidades de hospitalización y el de colonización del personal sanitario por SAMR.

EFFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN UN HOSPITAL HACLE PARA REDUCIR LA COLONIZACIÓN NASAL POR S AUREUS

Autores: Morro Martín MD*, Ortolá Soria I, Romero Romero C, Gil Aparicio MD, Giner Almaraz S, Merino Plaza MJ.

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

OBJETIVOS

A) Control y vigilancia de los mecanismos de transmisión de IN por *Staphylococcus aureus* Resistente a Meticilina (SARM); B) Conocer la prevalencia de personal sanitario con colonización por SAMR en fosas nasales; C) Comparar los resultados con los obtenidos en 2010; D) Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de SARM.

RESULTADOS

A) De las 146 muestras recogidas:

- 2 fueron negativas (1,4%)
- En 106 se aisló flora regional (72,6%)
- En 38 se aisló S aureus (26%)
 - 32 casos sensibles a meticilina (SASM) (22%)
 - 6 casos de SARM (4%)

B) Todos los trabajadores con frotis nasal positivo, tanto para SASM como para SARM, se trataron durante 7 días con Mupirocina tópica o con Ácido fusídico si había resistencia a mupirocina.

C) Posteriormente se practicó frotis de control. En su mayoría se negativizaron, permaneciendo positivos 2 casos que no habían completado el tratamiento.

D) Comparativamente con el estudio de 2010, el porcentaje de colonización nasal del personal ha disminuido sensiblemente (26% vs 40%).

E) El principal descenso se ha observado en el porcentaje de colonización por SARM (4% frente al 16% observado en 2010).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL REALIZADA EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Merino Plaza MJ *, Nebot Sánchez MC, Martínez Asensi A, Vicente Cuenca E, Pavón Andreu C, Arribas Boscá N.

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

OBJETIVOS

A) Conocer el grado de satisfacción del personal; B) Identificar puntos fuertes y áreas de mejora; C) Analizar relaciones entre distintas variables; D) Planificar medidas para resolver los problemas identificados; E) Establecer indicadores de seguimiento.

RESULTADOS

A) Índice de participación: 32,4%; B) Percepción global de clima laboral: 7,18; C) Puntuación media global: 3,56; D) Todas las dimensiones han obtenido una puntuación superior a 3; E) Ítem mejor evaluado: Percepción global de la calidad del servicio; F) Dimensiones mejor evaluadas: 6, 7, 10 y 11; G) Dimensiones peor evaluadas: 4, 8 y 12; H) Aspectos a mejorar: Percepción de pocas posibilidades de promoción laboral, reconocimiento, percepción de la dirección y gestión del cambio; I) Comparativamente con los resultados de la encuesta de 2004 sigue siendo adecuada la relación con el mando y con los compañeros, la satisfacción con el trabajo desempeñado y el conocimiento de los objetivos; J) Las 3 dimensiones que más influyen en el grado de satisfacción del personal son la 9, 1 y 4. Este dato se utilizará para priorizar las acciones de mejora; K) Variables sociodemográficas con más diferencias significativas: Años de antigüedad en el hospital, responsabilidad en la dirección de equipos, horario de trabajo y posición laboral en el Servicio; L) Dimensiones con más diferencias significativas: 3, 6 y 9.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADA EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Merino Plaza MJ*, Lázaro Blasco A, Sabater Borí C, Azcón Sánchez M, Olmos Gascón MJ, Diago Iranzo R.

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

OBJETIVOS

A) Medir actitudes y comportamientos relacionados con la Seguridad del Paciente; B) Identificar puntos fuertes y áreas de mejora; C) Analizar relaciones entre distintas variables; D) Definir y priorizar acciones de mejora; E) Establecer indicadores de seguimiento.

RESULTADOS

A) El índice de participación fue del 32,4%; B) La percepción del grado seguridad del paciente es de 7,87; C) La puntuación media global de la encuesta es de 3,56; D) Todas las dimensiones han obtenido una puntuación superior a 3; E) Las dimensiones 3, 4 y 5 han sido las mejor evaluadas, con más de un 70% del colectivo con percepción de seguridad adecuada; F) Las dimensiones 9, 10 y 11 han sido las peor evaluadas por el personal del Centro, con menos de un 50% del colectivo con percepción de seguridad adecuada; G) Globalmente dan mejores puntuaciones los menores de 35 años o los mayores de 55, los de antigüedad en el hospital de menos de 5 y de más de 20 años y el colectivo de enfermería; H) Tiene peor percepción sobre seguridad del paciente el personal con antigüedad entre 10 y 15 años; I) Respecto a las variables sociodemográficas se han observado más diferencias significativas en los años de antigüedad en el hospital, la posición laboral en el Servicio y la toma de fármacos para dormir o ansiolíticos; J) Por dimensiones, se han observado más diferencias significativas respecto a las distintas variables consideradas en la 3, 5 y 11.

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ASISTENCIALES E IMPLICACIÓN DE LOS FAMILIARES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÓNICO

Autores: MC Nebot Sánchez*, R Martínez Capella, R Orero Vidagany, A Martínez Asensi, MD Espuig Bultó, Mengual Vilaplana E.

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

OBJETIVOS

A) Ayudar a que el paciente vuelva a casa tras el ingreso hospitalario en las mejores condiciones contando con un gran recurso: SU FAMILIA, para asegurar la continuidad de cuidados en su domicilio; B) Conseguir que los hospitales HACLE's actúen como enlace entre hospitales de agudos y Atención Primaria en temas relacionados con el cuidado del paciente crónico; C) Aprovechar la estancia hospitalaria para proporcionar EDUCACIÓN en CUIDADOS a familiares y pacientes, de forma organizada y consensuada.

RESULTADOS

La formación en autocuidados y la implicación los familiares en el cuidado del paciente crónico aumenta el conocimiento de la enfermedad y la adhesión al tratamiento y disminuye: A) La ansiedad en los familiares, disminuyendo el riesgo de claudicación familiar; B) Los periodos de institucionalización; C) Las consultas a los servicios de urgencias; D) El número de ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

A) Con el envejecimiento de la población, aumenta la dependencia y la presión asistencial y es necesario tomar medidas para abordar esta problemática; B) Proporcionar al enfermo y al cuidador recursos didácticos para que el regreso a casa no sea traumático es una gran labor humana y asistencial que ayuda al paciente a sentirse seguro en su entorno y a hacer un uso más racional de los recursos sanitarios; C) Con la puesta en marcha de este proyecto esperamos mejorar nuestra calidad asistencial pues con la elaboración del material formativo se revisarán y estandarizarán algunos procedimientos, se estrechará la relación entre el personal sanitario y los pacientes y familiares que participen en el proyecto y esperamos que disminuya el nº de consultas realizadas tras el alta hospitalaria sobre ciertos aspectos relacionados con los autocuidados, al tener disponible el material didáctico proporcionado durante la estancia hospitalaria.

UTILIDAD DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN INTERNA

Autores: Roca Castelló MR*, Felici Portalés JV, Gil Tebar P, Espuig Bultó MD, Garrote Marcilla A, Pérez Martínez P.

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

OBJETIVOS

A) Utilizar las TIC's como herramientas de comunicación; B) Hacer de la Intranet un canal de comunicación interna y un espacio de intercambio de ideas entre profesionales; C) Conseguir utilizarla para la difusión de información corporativa, fomentar una cultura participativa y sentar las bases para la gestión del conocimiento.

RESULTADOS

A) Inicialmente eran pocos los profesionales que utilizaban esta herramienta de comunicación interna, por falta de hábito o por falta de acceso a los ordenadores, pero con el tiempo la situación ha cambiado; B) Han aumentado los contenidos disponibles, incorporando nuevas secciones, herramientas y enlaces que han hecho su uso más atractivo y flexible; C) Ha aumentado la capacidad de los profesionales para hacer propuestas y colocar contenidos, con lo que su estructura es más dinámica; D) Ha aumentado el acceso a la información de la actividad asistencial en función del perfil del usuario, convirtiéndola en una herramienta de trabajo que agiliza algunos procesos relacionados con la información y la gestión del conocimiento.

ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UN HOSPITAL DE PERFIL HACLE

Autores: Roca Castelló MR*, Gil Aparicio MD, Castillo Blasco M, Sabater Borí C, Vez Fernández A, Merino Plaza MJ.

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

OBJETIVOS

A) Identificar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente; B) Clasificar la información y visualizar su magnitud; C) Crear estrategias adecuadas para su manejo; D) Diseñar un Mapa de Riesgos que sirva como base para la elaboración de un Plan de Seguridad.

RESULTADOS

A) Se encuestó a 43 profesionales de todas las categorías para tener una visión multidisciplinar de los EA más frecuentes, sus causas y las posibles acciones preventivas; B) Se elaboró un catálogo con los 25 riesgos más frecuentes previamente identificados; C) Se construyó un Mapa en el que a cada riesgo se le identificó su origen, las causas que permitían su aparición y las posibles acciones preventivas; D) Se relacionaron los riesgos con los procesos de la organización y con los principales procesos asistenciales, identificando los más frecuentes en cada uno de los procesos considerados; E) Se priorizaron las soluciones a los riesgos en función de su gravedad, frecuencia, evitabilidad, impacto y complejidad de implantación de las medidas preventivas; F) Con la información obtenida junto con las propuestas de los miembros del grupo de trabajo de Seguridad del Paciente se clasificaron las acciones de mejora identificadas en distintos ámbitos de actuación, priorizándose las de implantación más urgente; G) El último paso, hasta el momento, ha sido la elaboración de indicadores de seguimiento de los procesos que más repercusión tienen en la seguridad del paciente.

MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Morro Martín MD*, Moreno Casero T, Herrero Barona C, Violero Lucas O, Navarro González MA, Martínez Más A.

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

OBJETIVOS

A) Motivar a los profesionales y mejorar su implicación; B) Desarrollar una actitud de escucha; C) Mejorar el clima laboral y potenciar el trabajo en equipo; D) Mejorar la comunicación, la automotivación y la autoestima.

RESULTADOS

A) Tras las acciones realizadas se constata un aumento de la participación de los profesionales en las Comisiones y Grupos de trabajo, un aumento de sugerencias y de declaraciones voluntarias de Eventos Adversos; B) En los resultados de la encuesta de clima laboral realizada este año, se ha observado que en conjunto, las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones contempladas en la encuesta han sido superiores a las puntuaciones obtenidas en la encuesta realizada en 2004, obteniéndose una puntuación de 3,56 puntos sobre una escala de 5.

INTEGRACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA COMO UN PROCESO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Autores: Morro Martín MD*, Roca Castelló MR, Botella Trelis J, García Gascó P, Estellés Vicent A, Bonias Mira P.

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

OBJETIVOS

A) Buscar las áreas de mejora de forma activa y estandarizada; B) Formar a los profesionales para que el proceso de mejora no dependa de personas concretas sino que forme parte de la Cultura de la Organización; C) Lograr que las sugerencias se aporten y se reciban como algo habitual.

RESULTADOS

A) Para conseguir que el proceso de mejora funcione de forma regular, se ha fomentado la participación activa de los profesionales y el reconocimiento de sus aportaciones; B) Las oportunidades de mejora se han gestionado con Matrices de Priorización; C) Una vez seleccionadas y aprobadas las acciones a realizar, se han llevado a cabo mediante proyectos de mejora, con definición de objetivos, responsables y plazos; D) Durante su ejecución se ha realizado seguimiento de la eficacia de las acciones realizadas, mediante evaluación de las mejoras conseguidas en base a los objetivos planteados; E) Para sistematizar el proceso de mejora se ha definido un Diagrama de Flujo y los planes de mejora abordados tratan de adaptarse al mismo; F) El porcentaje de éxito de las acciones llevadas a cabo ha aumentado y se ha logrado mayor implicación de los profesionales.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN DE UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA

Autores: Alcalá del Olmo E*, Tenllado Doblas P, Cabo Arnal V, Zamora Capitán M, Merino Plaza MJ, Roca Castelló MR.

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

OBJETIVOS

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

RESULTADOS

A) Se valoraron 184 pacientes; B) CONUT: B.1) Al ingreso: 58% con valores entre 0 y 4 (normonutrido o DN leve) y 42% superior a 5 (DN moderada y grave); B.2) Al alta: 82% y 18% respectivamente; C) Albúmina (g/L): C.1) Al ingreso: 22% <2,8, 48% entre 2,8-3,5 y 30% > 3,5; C.2) Al alta: 15,5% <2,8, 41,5% entre 2,8-3,5 y 43% >3,5; D) Prealbúmina: (mg/dl): D.1) Al ingreso: 21% <10, 25,5% entre 10-15 y 53,5% > 15; D.2) Al alta: 16% <10, 21% entre 10-15 y 63% >15; E) Linfocitos: E.1) Al ingreso: 6% <800, 14,5% entre 800-1200 y 79,5% >1200; E.2) Al alta: 5,5% <800, 10,5% entre 800-1200 y 84% >1200; F) Los parámetros antropométricos experimentaron pocas variaciones durante el ingreso hospitalario; G) Tipo de Desnutrición: G.1) Al ingreso: 23,3% normonutrido, 6,5% desnutrición calórica, 54% desnutrición proteica y 15,2% desnutrición mixta; G.2) Al alta: 49% normonutrido, 5% desnutrición calórica, 31% DN proteica y 15% desnutrición mixta; H) Grado de desnutrición: H.1) Al ingreso: 44% normonutrido o desnutrición leve, 26% desnutrición moderada y 30% desnutrición grave; H.2) Al alta: 65,5% normonutrido o desnutrición leve, 11,5% desnutrición moderada y 23% desnutrición grave.