

XII Jornadas Técnicas de Inspección de Servicios Sanitarios. «Hacia la mejora de la calidad asistencial, por la tutela de los derechos»

Comunicaciones y Pósteres

TRASTORNO MENTAL, IDEAS / INTENTOS AUTOLÍTICOS EN INCAPACIDAD TEMPORAL

Fernández Chinchilla M.I, Galiano Duro B, Torio Durántez J.

Resumen

Introducción

Los trastornos mentales son un problema de salud y causa de Incapacidad Laboral (IT). El suicidio es una cuestión de Salud Pública. Es necesario conocer sus causas.

Objetivos

- Identificar características sociodemográficas, laborales, clínicas de personas en IT por trastorno mental.
- Valorar prevalencia ideas/intentos autolíticos y características asociadas a su presentación.

Método

Estudio transversal. Unidad Médica Valoración Incapacidades Jaén. Pacientes (n=102). IT por trastorno mental. Dos médicos/evaluadores. Abril - junio 2016.

Variables: edad, sexo, fecha IT, ocupación, diagnóstico IT y CIE 10, concordancia diagnóstica, antecedentes familiares, intento suicidio previo, ingreso hospitalario, consumo drogas, alcohol, tendencias impulsivas, entorno vital, ideas suicidas durante la IT, intento autolítico durante la IT y tratamiento.

Análisis descriptivo .Análisis bivariante Chi cuadrado y Anova. Regresión logística.

Resultado

La edad media 45,85 años [desviación estándar (DE):10,23]. 62,7 % mujeres; 65,7% con contrato de trabajo en la fecha del reconocimiento. La media días IT 143,57 (DE:73,89). El diagnóstico en los partes de IT fue «alteración mental» en un 25,5 %. Según CIE 10, 57,8% fueron trastornos neuróticos, seguidos trastornos humor/afectivos 28,4 %. No concordancia diagnóstica (70,6%)

Presentan antecedentes de suicidio familiar 18,62%. Un 16,7% refiere haber tenido intento suicidio anterior (76,92% documentados). Durante el proceso de IT, 21,6% refirió ideas autolíticas y 22,72% de estos tuvieron intento autolítico (80% documentados).

Las ideas/intentos autolíticos se asocian estadísticamente con duración IT (media 137 días vs 169), sexo (31%hombres frente 16%mulheres), trastornos humor y psicosis (34% frente 12% neurosis). Antecedentes familiares psiquiátricos (31% vs 12%). intento suicidio previo (47% vs 16%), agresividad (48% vs 10%) drogas



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

(54% vs 18%) alcohol (39% vs 17%). Regresión logística solo agresividad ($b=6,5$) y neurosis ($b=0,24$) asociadas a ideas/intentos suicidas.

Conclusiones

Más del 20% de los pacientes en IT por problemas de salud mental presentan ideas autolíticas. Más frecuencia en hombres, con trastornos del humor y psicosis, con antecedentes familiares psiquiátricos, intento previo de suicidio, agresividad y consumo drogas o alcohol. En la regresión logística, solo agresividad ($b=6,5$) y neurosis ($b=0,24$) se mostraron asociadas a las ideas autolíticas.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN (M.L) EN EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE PROPUESTA DE ALTA MÉDICAS FORMULADAS POR LAS MUTUAS (P.A.M) DERIVADAS DE CONTINGENCIAS COMUNES

Ruiz Redondo J.M, Sánchez Higuera M.P, Lozano Días M.P, Perez Díaz S., Peñalver Castellano R.

Resumen

Introducción

El R.D 625/2014, de 18 de Julio (BOE-A-2014-7684), dio respuesta a los nuevos planteamientos legales y al avance en la coordinación de actuaciones por parte de los servicios públicos de salud, de las entidades gestoras de la Seguridad Social y de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, modificando la gestión de las P.A.M.

En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una MUTUA, cuando ésta, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, propuestas motivadas de alta médica,

Dicho procedimiento está regulado en el mismo, y se resume:

- Remisión P.A.M a las unidades de inspección médica del servicio público de salud.
- Remisión a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso.
- Pronunciación del Facultativo gestor.
- Traslado del informe, en plazo de cinco días, desde la recepción, a la mutua.

El plazo medio de contestación en Castilla La Mancha es de 9,37 días (datos INSS 2016), detectándose retrasos significativos en la gestión, para su corrección se propuso el desarrollo del actual procedimiento.

La aplicación de la M.L al procedimiento de gestión de P.A.M, es la estrategia propuesta por la Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM, creando actividades, procesos de trabajo eficientes, en las que prime la rapidez en la capacidad de respuesta, la visión centrada en paciente y mejora continua.

Objetivos

Mejorar los mecanismos establecidos:

- Aligerando los trámites y cargas burocráticas existentes en la actualidad.

- Centrándonos en los procesos de incapacidad temporal, en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación, mecanismos que adicionalmente suponen un mejor control de los procesos.
- Aumento de la eficacia del sistema de gestión
- Mejora de los resultados

La finalidad es la aplicación objetiva, óptima, eficiente, medible y revisable.

Método

Aplicación de la Metodología LEAN: Identificación y eliminación sistemática de la «muda» (los siete desperdicios), para lo fue necesario entender que eran los procesos, su composición, funcionamiento, interacción y sistemática de mejora continua.

Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración de mapa del flujo de valor.
- Despliegue de la función de calidad.
- Mantenimiento productivo total.
- Kaizen: a nivel de la Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM y en el trabajo, tanto individual como colectivo.

Resultado

Búsqueda continua de la excelencia, para lo que se:

- Detectaron las oportunidades
- Se creó el modelo actual
- Se creó el estado futuro
- Se planeó y dirigió el cambio.

Conclusión

La implantación de la metodología LEAN en toda la organización, radicó en saber imbuir a la organización de la cultura, con las técnicas exactas, para poder extraer todo el potencial humano y hacer que la implantación y el éxito sea un trabajo de todos.

La metodología LEAN ha conseguido movilizar los recursos intelectuales del personal operativo, mandos intermedios y directivos.

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA BAJA (DM) TRAS LA APLICACIÓN EFECTIVA DEL R.D 625/2014, 18 DE JULIO EN CASTILLA LA MANCHA

Ruiz Redondo J.M, Risco Rubio, M.F, Campos Villamiel R.

Resumen

Introducción

El absentismo laboral es un fenómeno permanente de variable intensidad, en función de diversos factores.

La Circular número 10/1985, 1 de agosto (INSALUD), establecía como medida de seguimiento y control, la DM: «cálculo de dividir en cada cupo el total de días que estuvieron de baja las altas tramitadas en un periodo, entre el número de estas altas».

La Orden 19 de junio de 1997 (BOE-A-1997-13740), desarrolló el R.D 575/1997,18 de abril, modificando determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica por incapacidad temporal, y estableció la periodicidad de emisión de los partes de confirmación que posteriormente fue modificada por el R.D 625/2014, 18 de Julio, introduciendo un nuevo cambio en dicha periodicidad, en función del grupo de asignación del proceso según duración prevista de la baja, pudiéndose emitir, en algunos casos, hasta con 35 días.

Objetivo

Describir la posible influencia del cambio de normativa en el comportamiento de la DM de las bajas.

Método

Análisis descriptivo del comportamiento de D.M de los procesos de baja cerrados en el periodo 14 de julio de 2015 a 13 de julio de 2017, en los trabajadores de la Administración de la JCCM, y en el RESTO DE TRABAJADORES de Castilla-La Mancha. Tomando como hito el día de cambio de la aplicación informática (14/07/2016).

Resultado

La D.M ha pasado de valores:

- Máximo de 69,72 a 85,70
- Mínimo de 30,67 a 59,98

Conclusión

Desde la entrada efectiva del R.D 625/2014 la DM ha sufrido un incremento progresivo.

POTENCIALES EVOCADOS VISUALES: UNA HERRAMIENTA EFICIENTE EN LA MEDICIÓN OBJETIVA DE LA AGUDEZA VISUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL

García Ruiz P, Feriche Linares R, Jiménez Jiménez J, De la Fuente Madero JL, Dominguez Muñoz A, Gómez Álvarez A.

Resumen

Introducción

Las alteraciones de agudeza visual (AV), sin evidencia de hallazgos exploratorios que las justifiquen, son frecuentes en los procedimientos de evaluación de incapacidad laboral. Los Potenciales Evocados Visuales (PEV) y las técnicas de Electrorretinograma (ERG) son pruebas complementarias de creciente valor clínico y medicolegal.

Objetivos

Comparar la agudeza visual medida mediante PEV-ERG frente a optotipos y su posible influencia en la calificación en procedimientos de incapacidad.

Método

Se han analizado los expedientes de incapacidad evaluados en Granada en 2015 y 2016 a los que se solicitaron PEV-ERG, comparando el valor medio de AV medido mediante optotipos y PEV-ERG. El análisis estadístico se realizó mediante el aplicativo PSPP.

Resultados

Se han estudiado 27 pacientes (15 hombres y 12 mujeres), con edades (media+desviación estándar (DS) de 49.11años+8.85. El 22.22% trabajaban en el sector primario, 29.63% en el secundario y 44.44% en el terciario; el 70.37% se encontraban activos y el 29.63% desempleados. El 51.85% estaban diagnosticados de enfermedades retinianas, el 22.22% de la vía óptica, el 18.52% de la cámara anterior y el 7.41% de otras patologías. Los valores de AV en ojo derecho han sido significativamente más elevados al realizar la medición con PEV (media + DS 0.41+0.34) que con optotipos (0.19+0.22) con una significación $p<0.001$, así como en el ojo izquierdo, AV con PEV (0.46+0.30) frente a AV optotipos (0.21+0.19) con nivel de significación $p<0.001$. Esto supuso un cambio en la calificación del grado de incapacidad permanente propuesto inicialmente en el 74% de los trabajadores analizados, siendo confirmada dicha calificación en 6 de los 7 casos (85.7%) reclamados judicialmente.

Conclusiones

Los PEV-ERG se muestran como exploraciones que pueden ser muy útiles para la valoración objetiva de la AV, especialmente en aquellos casos en los que no existe evidencia de enfermedad oftalmológica que justifique un determinado nivel de pérdida visual.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN EL PROGRAMA EXTRAORDINARIO DE AYUDA A LA CONTRATACIÓN DE ANDALUCÍA

Moreno Ruiz, JA.

Resumen

Introducción

El programa extraordinario de ayuda a la contratación de Andalucía (PEACA) se encuentra dentro del Plan General de Inclusión Social, impulsado por la Comunidad Andaluza a través de los Ayuntamientos de Andalucía.

Debido al elevado índice de incapacidad temporal (IT) en la primera campaña del 2015, el ayuntamiento de Málaga solicitó colaboración a la Inspección Médica.

Objetivos

Tras la intervención de la Inspección Médica, se quiere demostrar la mejora de los indicadores de I.T y corregir aquellos casos que no justifican la prestación.

Método

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de las campañas 2016 y 2017. Los listados de bajas del Ayuntamiento y el soporte del Siguilum Millenium, proporcionan los datos con los que se elaboraran las variables que nos permitirán medir indicadores: incidencia acumulada, duración días de media y medir aquellos trabajadores con procesos de I.T. de más de 30 días que dejaron de solicitar asistencia sanitaria en los tres meses siguientes de la finalización del contrato.

Con los datos de 2016 se establecieron unas recomendaciones. Una de ellas fue aplicar la deducción económica por I.T.

Resultados

En ambos años el número de contratos fue aproximadamente (800). En 2016 los trabajadores que causaron baja fueron 201. En 2017 de 136. La incidencia acumulada pasó del 35,65% al 25,39%. La duración media disminuyó de 3,18 días a 1,73 días.

Los pacientes con procesos de I.T. de más de 30 días que no siguieron demandando asistencia en 2016 fue del 73%, mientras que en 2017 fue del 37,5%.

Conclusiones

La participación y las recomendaciones realizadas por la Inspección Médica han demostrado mejorar los indicadores de IT, consiguiendo que la prestación recaiga en aquellos trabajadores de forma más justificada.

EL ABSENTISMO EN LA ÚLTIMA DÉCADA: PERFIL DE CUATRO GRANDES EMPRESAS

Mena Babiano, F; Gómez Manzanares, A; Rodríguez Díaz, I.

Resumen

Introducción

Sufrimos la mayor crisis económica desde la Gran Depresión. Está bien estudiada la influencia de estos periodos en la salud. En la Incapacidad Temporal (IT) también tiene influencia. Las «grandes empresas» tienen comportamientos particulares en su absentismo por IT por contingencias comunes (ITCC).

Objetivos

Analizar el perfil del absentismo por ITCC en cuatro grandes empresas, vinculadas a Fraternidad-Muprespa, desde el año 2008 al 2016.

Método

Se analiza el absentismo por ITCC en cada empresa durante los años 2008, 2013 y 2016, es decir, antes y durante la crisis y en el primer año de posible recuperación. Se estudian: pirámides de población, indicadores descriptivos de la IT (incidencia, prevalencia, duraciones, diagnósticos, distribución por edad, sexo...) y los costes directos e indirectos de la ITCC en cada empresa.

Resultados

Son empresas muy diferentes entre sí. Presentan variabilidad en la evolución de su ITCC. La Incidencia evoluciona con el «efecto crisis» con menos procesos en el año de mayor intensidad de la situación. Posterior incremento del indicador según se recupera la economía y se «pierde el miedo». Comportamiento similar en Prevalencia y DMA. En cambio las Duraciones Medias, en general, se han ido incrementando levemente.

Prácticamente igual perfil de morbilidad causante de IT en las 4 empresas. Distinto comportamiento durante la crisis en cada empresa de procesos oncológicos, cardiovasculares, psiquiátricos y en los síntomas mal definidos.

Conclusiones

Terrible crisis económica, desempleo, inestabilidad laboral.

Plantillas envejecidas. Futuro de enf. crónicos (reenfocar gestión clínica y socio-laboral).

Absentismo: miedo a perder el trabajo y presentismo pero también ajuste y adecuación por patologías más banales.

El repunte del absentismo no ha terminado.

Costes elevados. No solo «control»; los Recursos Humanos han de buscar el COMPROMISO del trabajador con su empresa y la PROMOCIÓN de la salud.

Se precisan reformas más profundas y una cooperación intensa entre Mutuas, SPS e INSS.

INCAPACIDAD TEMPORAL «REFUGIO»

Pareja Cano A., Fernández Pascual M.A, y Sánchez Higuera M.P

Resumen

Introducción

Consideramos como Incapacidad Temporal (IT) «refugio», aquella situación de IT que perdura tras la finalización de un contrato temporal de duración determinada desde el inicio del mismo, pasando el pago de la prestación económica de la IT a ser efectuado de manera directa por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, manteniendo de esta forma la retribución económica que sin esta incapacidad temporal finalizaría.

Objetivos

Valorar la incidencia y la duración media de las bajas médicas en las poblaciones con este tipo de contrato de duración determinada desde el comienzo del contrato, y comparar con la incidencia y la duración media de las bajas en la población general, en la provincia de Ciudad Real en los años 2015 y 2016.

Método

Revisión de listados de trabajadores con contratos temporales, en la provincia de Ciudad Real en los años 2015 y 2016, facilitados por la Dirección Provincial de Ciudad Real de la Consejería de Economía, Empresa y Empleo en: Planes de Empleo de los Ayuntamientos, Servicio de Salud, Educación, y el resto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, comprobándolos con los datos de IT del SESCAM.

Resultados

Es previsible que se presente una mayor incidencia y duración media de la Incapacidad Temporal ligado a este tipo de contratos, frente al resto de la población trabajadora.

Conclusiones

En función de los resultados finalmente obtenidos, se podrían establecer medidas de control sobre esta población para detectar situaciones que prolonguen de forma injustificada la permanencia en IT, corrigiendo las desviaciones en la duración media de las bajas.

FACTORES PREVALENTES EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA SOBRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES

Velázquez de Castro A, Rodríguez J.

Resumen

Introducción

La prestación de IT está sujeta en la práctica a factores clínicos, administrativos, económicos y laborales que no la justifican y que actúan de diferente manera sobre los distintos profesionales de la atención primaria.

Objetivos

Estudiar la frecuencia de estos factores en la prescripción de la IT y valorar como influyen sobre los diferentes profesionales. ¿Existen diferencias entre médicos sustitutos y titulares?

Método

Se hace control indirecto de todas las bajas prevalentes (180) en una unidad de gestión clínica de la provincia de Granada formada por 6 médicos con indicadores de incidencia, prevalencia y duración media de la IT por encima del promedio.

Los resultados provisionales se contrastan y completan en entrevista con los profesionales.

Resultados

Los altos indicadores de estos profesionales vienen motivados, por la prescripción o prolongación de la IT en casos en que no es pertinente. Encontramos:

- Enfermos crónicos sin signos de fase aguda
- Gestantes sin patología o susceptibles de acogerse a la prestación de Riesgo Profesional de la Embarazada a través de su mutua.
- Accidentados de tráfico que no tienen derecho a la prestación, ya curados o que están recibiendo tratamientos que no necesitan fuera del SPS.
- Procesos no activos sin cerrar.

La entrevista con estos médicos ha arrojado numerosas altas.

Conclusiones

1. La formación de los médicos de Atención Primaria es fundamental a la hora de prescribir la IT. Importante que esta formación sea realizada por el propio inspector de la zona y que incluya actividades administrativas con la aplicación PIT
2. La gestión compartida de la IT entre los médicos de atención primaria y la Inspección es punto clave para mejorar los indicadores

RESULTADO DEL TRABAJO COORDINADO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD Y MUTUAS: ÍNDICE DE CONCORDANCIA EN PROPUESTAS DE ALTA

Atance Martínez, JC, Agudo Montesinos, MP, Masó Abad, E; Grupelli Gardel, BE; García Blanco, A.

Resumen

Introducción

El RD 625/ 2014 (1) otorga a las mutuas la posibilidad de colaborar en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes (CC). Esta acción ha sido cuestionada por diferentes agentes. El estudio pretende determinar la concordancia en la tarea colaborativa entre profesionales de mutuas, médicos inspectores (MI) y médicos de Atención Primaria (MAP) en la gestión de las propuesta de alta (PA).

Objetivos

- Cuantificar las PA emitidas por las mutuas: por centro de salud y proceso clínico.
- Calcular el índice de Kappa (Fleiss) entre observadores y cuantificadores.

- Identificar y calcular discrepancias.
- Elaborar propuestas de mejora.

Método

Revisamos las PA emitidas por mutuas en el periodo de 01/01/2017 a 30/06/2017, en el Área de Salud.

Clasificamos éstas por Equipos de Atención Primaria (EAP) (3 urbanos y 3 rurales) y por proceso clínico.

El diseño del estudio fue observacional y los estadísticos de comparación de medias: $p < 0,05$ para Error tipo I (IC: 95% y EE: 5%). Apoyo de Epiinfo y SPSS.

Resultados

Revisamos 285 PA. El 68% (194) fueron ratificadas por MAP. El 20% (54) lo fueron posteriormente por el MI, en primera consulta, y un 7% más en segunda, con un total de 268 casos concordantes, manteniéndose en IT el 6% (17) restante.

Objetivamos aproximadamente 1/3 de patología músculo-esquelética y otro tanto de procesos mentales que predominaban sobre el resto de patologías (miscelánea).

La concordancia global fue 0,81 (Buena-Muy buena): Psiquiatría 0,41 (Moderada – Débil), músculo-esquelético 0,79 (Buena) y miscelánea 0,83 (Muy buena).

No hubo diferencias significativas ($p=0,062$) entre EAP rurales y urbanos, ni por procesos clínicos ($p=0,081$) entre centros.

Conclusiones

- La alta concordancia objetivada entre los profesionales intervinientes indica que el trabajo complementario realizado aporta un buen resultado global.
- La coordinación profesional se hizo ajustada a tiempos de respuesta aunque algunos procesos requirieron seguimiento posterior.
- Un mayor trabajo colaborativo en procesos de Salud Mental reduciría aún más las discrepancias.

ACTUACIÓN DE LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PARA LA CORRECTA DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA

Álvarez Theurer E, Carrillo Pulido G, Cruces Casas S, León Pérez L, Membrives Casado C.

Resumen

Introducción

La brucelosis en el ámbito laboral se reconoce como una Enfermedad Profesional (RD 1299/2006) correspondiendo a las Entidades Gestoras o Colaboradoras de la Seguridad Social su declaración.

Objetivos

Estimar la posible infradeclaración de la brucelosis profesional, a partir de un brote ocurrido en una empresa. Demostrar el papel que desempeña la Inspección de Servicios Sanitarios (ISS) en la visibilidad de las enfermedades profesionales (EP) y su contribución a una correcta declaración.

Método

Análisis descriptivo de un brote de brucelosis profesional ocurrido en un matadero en el norte de provincia de Córdoba, desde abril hasta julio de 2017, realizando una encuesta epidemiológica y análisis de la evaluación de riesgos. Estudiamos bajas laborales producidas y los datos de las entidades colaboradoras relativos a los trabajadores.

Resultados

El brote epidémico afectó a 16 trabajadores de la provincia de Córdoba: 12 hombres y 4 mujeres. Los casos se produjeron en la zona de riesgo (línea de sacrificio ovino). La transmisión aérea se considera como posible vía de contagio. Aunque todos han sido baja laboral, sólo 3 fueron calificados como EP, al ser el resto trabajadores autónomos que no tenían cubierta la contingencia profesional. Desde la Inspección de Servicios Sanitarios se ha llevado a cabo la determinación de contingencia de esas bajas laborales para que fueran registrados estos casos como EP.

Conclusiones

Nos encontramos ante una infradeclaración de la brucelosis como enfermedad profesional, que atribuimos a la no prestación económica de los casos que no tienen cobertura de la contingencia profesional. Es fundamental el papel de la ISS en la correcta calificación de la EP, no sólo para la reparación del daño causado al trabajador mediante las prestaciones correspondientes; sino con fines esencialmente preventivos, evitando la aparición de nuevos casos de enfermedad profesional entre otros trabajadores.

RELACIÓN ENTRE LOS EQUIPOS DE LA UVMI Y VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA CAPACITACIÓN LABORAL DE TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES DEL SAS

Díaz García, A.; Bellón García, N.; Bretones Alcaraz, C.; Sánchez Borja, C.

Resumen

Introducción

En el Servicio Andaluz de Saclud el Procedimiento 15 del Sistema de Gestión de Riesgos Laborales establece las pautas de actuación para garantizar la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos. Dicho procedimiento indica además, que si las restricciones laborales indicadas impiden la realización de las tareas principales de la profesión, y no existe puesto de trabajo compatible con el estado de salud, se debe solicitar un Informe de capacitación a la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI). Para esta valoración de la capacitación laboral se debe enviar la propuesta de restricciones de Vigilancia de la Salud, el Informe de adaptación de puesto de trabajo, y los Informes médicos y pruebas complementarias. Este procedimiento no establece sin embargo otro tipo de comunicación entre ambos equipos salvo el envío de la información en sobre cerrado.

Objetivos

- Facilitar la toma de decisiones en casos de atención a profesionales con restricciones laborales en los que no existe puesto compatible (aptitud laboral favorable, baja médica o inicio de expediente de incapacidad permanente).
- Mejorar la conciliación de la vida laboral con el estado psicofísico del trabajador.

Método

Creación y puesta en marcha de una comisión técnica de trabajo entre los profesionales de la Unidad de Vigilancia de la Salud del CH Torrecárdenas de Almería y de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de Almería. Esta comisión técnica tiene establecida una reunión trimestral y en lo referente al acceso de información médica de carácter personal, cumple el artículo 22.4 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales al ejercer la UVMI como autoridad sanitaria.

Resultados

Mejora de la comunicación entre ambos equipos implicados en el mismo procedimiento, lo que supone un mejor control en la valoración de la capacidad para el trabajo.

Valoración con criterios más homogéneos de las patologías que afectan al normal desarrollo de las actividades principales del puesto de trabajo.

Identificación de grupos profesionales susceptibles de producir con mayor frecuencia situaciones de incapacidad, permitiendo orientar las actividades preventivas y la valoración de las consecuencias médico laborales.

El intercambio de información entre ambos equipos facilita el establecimiento de criterios ponderados y homogéneos para identificar el grado de exigencias psicofísicas de un puesto de trabajo

Conclusiones

La comisión de trabajo facilita la valoración de la capacidad laboral de un trabajador por la UVMI, pues al requerir objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya originado en el trabajador, también resulta imprescindible la aportación de la Unidad de Vigilancia de la Salud en lo que respecta al resultado del examen de salud, el conocimiento de las competencias y tareas realizadas por el trabajador así como de los requerimientos del puesto de trabajo, para poder determinar si las limitaciones permiten o impiden al trabajador desarrollar la actividad laboral y en condiciones seguras.

EVALUACIÓN DE LA DEMORA PARA CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Barrios Moreno A, Díaz García P, Chicano Díaz S.

Resumen

Introducción

Se denomina demora a la imposibilidad de obtener cita para consulta médica no urgente (CMnU) en Atención Primaria en el mismo día o al siguiente de solicitarla. Su existencia afecta a la accesibilidad y sus causas: oferta insuficiente o mal planificada.

Este trabajo recoge la evaluación de la demora en un Centro de Salud (CS) de Cuenca por la Inspección Médica del Sescam solicitado por la Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM.

Objetivos

Evaluar cuantitativa y cualitativamente la demora para CMnU de un CS (solo municipio cabecera)

Metodo

1. Estudio oferta y demanda: nº médicos – MF- , cupos de tarjetas –CTIS-, oferta asistencial; basándonos en consultas atendidas en dos semanas se calcularon indicadores de demanda: presión asistencial (PA) = (pacientes/día/medico) y frecuentación (FR) = consultas por habitante con TIS/año.
2. Análisis de la demora: estudio individual por MF.

Resultados

Oferta/demanda

- 8 MF.CTIS 1557* (1961-1116) **
- Huecos cita semanal: CMnU: Total: 1619. Por MF: 200 * (270-100) **
- Consultas atendidas: Total semana: 1724 (media 2 semanas estudiadas)
- PA 46* (73-23) **. FR: 6.1* (8,92-4,07) **

* Valor medio. **Rango

Demora:

Afecta a la cita para 4 médicos, a continuación describimos días de demora, CTIS, Consultas ofertadas y atendidas respectivamente

MF1.- 11, 1733, 168, 325

MF2.- 4, 1909, 242, 266

MF3*.- 4, 1643, 192, 177

MF4*.- 5, 1540, 159, 197

* Un día menos de consulta por libranza guardia.

Conclusiones

Los problemas detectados fueron:

1. mala gestión de agendas, programadas de forma automática, sin intervención del MF, sin ajuste a necesidad real y sin distinguir tipo de consulta.
2. diferencias en la actividad no justificables.

Propuesta solución: reunión con afectados para reprogramar actividad y agendas

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Torío Durántez J, Montoro Ruiz E.

Resumen

Introducción

Incluido como acuerdo de colaboración en el Plan de Inspección se realizó estudio de la baja indicación de analgesia epidural en el hospital de Úbeda, donde se promociona un parto más natural que podría condicionar baja oferta de esta analgesia.

Objetivos

Valorar la organización asistencial, analgesia recibida y satisfacción con la atención al parto

Metodología

Encuesta telefónica para comprobar grado de satisfacción e información proporcionada sobre alivio del dolor y analgesia epidural. Mediante muestreo estratificado (según recibieran o no analgesia epidural) se seleccionaron 60 mujeres que habían parido entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de junio de 2016 (1173 partos). Se excluyeron partos instrumentales o mediante cesárea.

Resultados

La satisfacción con la atención recibida es muy alta, el 90% totalmente satisfechas con matronas y el 6,7% satisfechas. Igualmente un 63,3% se muestran totalmente satisfechas y un 33,3% satisfechas con los ginecólogos, Un 70% reconocen que se le informó en el hospital de los métodos para disminuir o aliviar el dolor del parto, entre ellos la analgesia epidural.

El empleo de analgesia epidural es muy escaso, en el 30,18% de los partos; si se excluyen las cesáreas, baja al 20%. Entre las que no la recibieron, un 70% no la consideró necesaria, un 20% porque había empezado el expulsivo y un 10% porque implica riesgos.

La analgesia epidural es más frecuente en amas de casa y mujeres con menor nivel educativo, no existiendo diferencias en cuanto a la media de edad. No encontramos asociación entre haber realizado educación maternal y tipo de analgesia, pero la epidural sí es más frecuente en el primer parto.

Es significativa la asociación entre analgesia epidural en un parto anterior y en el analizado; el 100% de las que no la tuvo anteriormente no la solicitó, mientras que el 80% de las que la tuvo antes la solicitó ($p < 0,01$).

También se encuentra asociación entre haber recibido analgesia epidural y solicitarla en un futuro parto; el 75% la volvería a solicitar, mientras que el 94,4% de las que no la tuvieron tampoco la solicitarían en esa nueva ocasión ($p < 0,001$)

Conclusiones

El Hospital de Úbeda, en línea con las recomendaciones más actuales, plantea una atención al parto menos medicalizada ofertando, junto a la epidural, otras alternativas para aliviar el dolor. Esta oferta alternativa conlleva un bajo índice de analgesias epidurales (20%) cuando en la mayoría de hospitales esta cifra se acerca al 75%.

Las mujeres entrevistadas refieren un alto grado de satisfacción, independiente del método de alivio del dolor. Un menor nivel educativo y ser ama de casa se asocia con la elección de analgesia epidural; también se muestran asociados con el tipo de analgesia recibida en un parto anterior y la que solicitaría en uno futuro.

MARCO JURÍDICO ACTUAL DE LA TELEMEDICINA

Prieto Gómez, PJ; Antúnez Estévez, F.

Resumen

Introducción

Se contempla la telemedicina en todas sus facetas, que es telemedicina y que no, con hincapié en el marco jurídico de aplicación, tanto Europeo, Estatal, Autonómico, y Corporativo, respecto a autorización de centros y aspectos deontológicos de la misma.

Objetivos

Recopilar el entorno jurídico alrededor de la telemedicina aplicada a la relación médico paciente, que se viene manteniendo dentro de un canon clásico, y que se ve

influenciada actualmente, por las tecnologías de la información, que siempre van por delante del Derecho, ocasionando en la aplicación de legislación adecuada para garantizar que la aplicación de la telemedicina se ajusta a ley, garantiza los derechos de los pacientes y el control administrativo adecuado de los profesionales que la desarrollan.

Método

Se ha utilizado Legislación Básica Estatal, de Comunidades Autónomas, códigos corporativos y debido a la falta de normativa específica Española se ha utilizado también la legislación de la Unión Europea sobre telemedicina.

Resultados

La telemedicina no es una nueva especialidad sino un modo de ejercer intentando paliar la separación física de médico y paciente. Actualmente en nuestro entorno, la implantación de técnicas interacción telemática con pacientes son de gran interés en la Atención Primaria y Especializada.

Conclusiones

La telemedicina es hoy una realidad que presenta problemas éticos, técnicos y de accesibilidad. El Marco Jurídico es pobre en cuanto a legislación específica, agrupando normas de diferentes ámbitos, a veces más programa político que verdadera legislación. No hay legislación estatal que unifique. La regulación más rica es Europea. El crecimiento de la telemedicina será una necesidad próxima por el envejecimiento y aumento de la demanda de cuidados. El acceso a la red y portales de salud, debe ser controlado por la Administración en sus requisitos mínimos de funcionamiento, garantizando que el profesional «al otro lado» reúna los requisitos legales para la actividad sanitaria pretendida

INSPECCIÓN DE CENTROS QUE UTILIZAN SUSTANCIAS DE ORIGEN HUMANO. «UTILIZACIÓN DE UNA MATRIZ DE RIESGO PARA PLANIFICAR FRECUENCIA, TIPO Y OBJETIVOS DE LA INSPECCIÓN»

Estebaranz García F.J.

Resumen

Introducción

La normativa vigente de ámbito europeo, obliga a que la Autoridad Sanitaria Competente inspeccione todos los Centros y Servicios que obtienen, procesan, almacenan, distribuyen y/o implantan células y tejidos (BEyTE), de forma rutinaria y con una cadencia máxima bianual, aunque una de cada dos inspecciones puede ser documental y/o parcial. La utilización de unos criterios básicos de calidad en el procedimiento inspector y de una matriz de riesgo para determinar frecuencia tipo y alcance de cada una de estas inspecciones se plantean como herramientas de trabajo imprescindibles.

Objetivos

1. Plantear criterios procedimentales básicos de Inspección.
2. Construir una matriz de riesgo, como herramienta de planificación de la inspección.

Método

Revisión Bibliográfica de las actuales guías europeas de inspección y evaluación de BEyTE(VISTART, ICH_Q9; EDQM blood-guide, etc).

Recopilación de conclusiones de foros europeos de discusión profesional de este ámbito en 2 work-shops (Italia y Suecia, 2017).

Resultados

La Inspección de estos Centros, tiene unos requisitos personales de capacitación e imparcialidad del inspector; unos requisitos procedimentales que incluyen la existencia de adecuados protocolos de inspección y de un procedimiento que describa responsabilidades, objetivos, metodología, alcance, requisitos de calidad e informes.

Ese tipo de inspecciones ganan mucho en efectividad y eficiencia si la planificación de las mismas se hace a través de una matriz de riesgo que analice riesgos intrínsecos, riesgos relacionados con volumen y grado crítico de las actividades e historial del Centro.

Conclusiones

Los procedimientos de inspección han de sujetarse a estándares claramente definidos y medibles de calidad y la planificación de las inspecciones a análisis previos del carácter y actividad del Centro.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL ICTUS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS

Miguel Justicia Gil, M; Campos Aguilera, F; Garrido Gámez, LM

Resumen

Introducción

Análisis retrospectivo y descriptivo de la atención al ictus durante el segundo semestre de 2016 en el Complejo Hospitalario Torrecardenas (CHT) de Almería.

Objetivos

Análisis de la actuación asistencial previa al diagnóstico de confirmación y tratamiento del ictus.

Método

Solicitud al CHT, listado de pacientes con diagnóstico de ictus al alta hospitalaria, atendidos durante el segundo semestre de 2016, códigos CIE-9 430 al 434, conteniendo los siguientes items: nombre y apellidos, edad, sexo, NUHSA y causa del alta.

Del listado facilitado por la dirección se seleccionaron 30 historias, sobre las que se realizó y un estudio de la información existente en Atención Primaria, Empresa Pública Emergencias Sanitarias, Dispositivo Cuidados Críticos Urgencias y Hospital Torrecardenas.

En cada historia se han estudiado: distribución por sexo, distribución por edad, comorbilidad previa, tratamientos previos, datos clínicos de inicio de síntomas de ictus, hora de inicio y primera asistencia, tiempo asistencia servicios sanitarios, dispositivo utilizado, diagnóstico de ictus donde y cuando se realiza, activación del código ictus y fibrinolisis.

Resultados

Los resultados se presentarán por apartados según los items mencionados en la metodología, siendo los más destacables, una deficiente activación del código ictus en la muestra estudiada, que supone solo un 23,3% de todos los casos, y el bajo porcentaje de Fibrinolisis realizadas durante el segundo semestre de 2016 en el CH Torrecárdenas que fué sólo de 6,95% del total de Ictus Isquémicos.

Conclusiones

En la mayoría de los casos, no se cumple con lo establecido en el Protocolo Asistencial del Ictus del Complejo Hospitalario Torrecárdenas elaborado por el comité local de atención al ictus, donde se recogen las medidas de coordinación entre los diferentes servicios, por lo que se produce un bajo porcentaje de activación del Código Ictus y en consecuencia un bajo porcentaje de tratamientos fibrinolíticos realizados a pacientes diagnosticados de Ictus Isquémico, susceptibles de recibir dicho tratamiento.

ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL, RELATIVAS A CENTROS DE LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS DE ANDALUCÍA

Villar Doncel JD, Suárez Arjona ME.

Resumen

Introducción

Los daños personales que generan las Reclamaciones por Responsabilidad Sanitaria (RRP) tienen consecuencias para el paciente, para el ejercicio profesional y para la organización sanitaria.

Objetivos

Generales: 1) Determinar incidencia de RRP por asistencias en Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES). 2) Identificar áreas y problemas de seguridad del paciente para favorecer actuaciones que minimicen los Eventos Adversos (EA) y las RRP.

Método

Diseño en tres fases; esta comunicación es la primera: estudio retrospectivo descriptivo global, de 171 Dictámenes Médicos (DM) de RRP, de 2012 a 2016. Diseño de formulario para recogida de variables, utilización de base de datos de la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios y procesamiento de datos mediante aplicaciones Excel y Xlstat.

Resultados

46.000 ingresos hospitalarios/año en APES, incremento progresivo anual de RRP, incidencia de RRP 69'3/100.000 ingresos, 7% DM «conformidad» o favorables a la indemnización. Lo más reclamado: «Proceso asistencial» como «causa», «Urgencias» y «Quirúrgica» como «área», «Traumatología» como «especialidad», «osteomioarticular» como «grupo diagnóstico», «personal facultativo» como «profesional», los «grandes hospitales» de APES como «centro», «moderado» y «exitus (29,6%)» como «tipo de daño», «100.000-200.000 €» como cantidad más «solicitada», «28.681 €» como cantidad media «indemnizada», «201-500 días» como «periodo estabilización lesiones».

Conclusiones

Algunos resultados son similares a otros estudios: de INSALUD, SERMAS, SERGAS, ICS. Diferencia de resultados con ENEAS (estudio nacional de eventos adversos ligados a la hospitalización); en ENEAS más EA en servicios quirúrgicos, 4% de EA provocaron muerte, e incidencia de EA 9/100; es decir, sólo una mínima parte de EA son reclamados.

SISTEMAS DE STOCAJE/TRAZABILIDAD DE MATERIAL SANITARIO EN INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Pérez Ureña R, Caballero Quintana A, Pérez Ureña C, Martínez Girón P, Sánchez-Sánchez R.

Resumen

Introducción

Los sistemas informáticos de estocaje y de trazabilidad permiten a las empresas tener un control exhaustivo de los movimientos de los productos que pasan por las mismas. Esto adquiere una mayor importancia cuando se trata de material sanitario y sobre todo en aquel que conlleva fecha de caducidad o algún control estricto como el de los estupefacientes.

Objetivos

Nuestro objetivo es el de presentar la implantación de un sistema informático de control de stock/trazabilidad para el material sanitario que pueda ser usado para completar la información solicitada en la inspección sanitaria cuando ésta así lo requiera.

Método

Asistencia los Ángeles adquirió a primeros de 2017 en sus instalaciones el software SageMurano versión 2016.85.000 que fue adaptado a nuestras necesidades técnicas con la implantación de aplicación web de traspaso de almacenes y controles de inventario y de dotación. Mediante este sistema se etiquetan todos los productos sanitarios con etiqueta que incluye código de barras EAN 13 que incluye nº de lote y fecha de caducidad y en los estupefacientes un código propio a cada ampolla. Esto nos permite que en cualquier momento y leyendo el código de barras podamos ver en el sistema la información relevante del producto.

Resultados

En las inspecciones de servicios sanitarios se revisan manualmente los productos que llevan las unidades móviles o los productos que se encuentran en un recinto sanitario, sin embargo y salvo en medicación estupefaciente, no existe un control de la trazabilidad de los productos. En nuestro sistema un inspector podría conocer la línea que ha seguido un producto desde que ha sido comprado por la empresa, por los almacenes que ha pasado y su ubicación en el momento de la inspección además de poder detectar en el momento cualquier producto que tuviese una alerta sanitaria y tuviese que ser retirado.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS. UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN PARA LOS CENTROS CON UNIDADES ASISTENCIALES DE MEDICINA DEL TRABAJO

Serrano Ramírez JL, Campos Aguilera F, Garrido Gámez L, Justicia Gil M, Bañón García J.

Resumen

Introducción

El RD 843/2011 establece que la autoridad sanitaria evaluará la actividad sanitaria que desarrollan los servicios de prevención (SP), comprobando su calidad, suficiencia y adecuación. El RD 901/2015 modifica el anterior y establece un mecanismo de comunicación de los SP a la autoridad sanitaria. Por otro lado, la experiencia de la

inspección de servicios sanitarios en el proceso administrativo de autorizaciones de la unidad asistencial U.99 medicina del trabajo, ha permitido detectar disparidad de criterios, para su clasificación, en el Sistema de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICESS).

Objetivos

1. Proponer un sistema homogéneo de clasificación en el SICESS para los servicios sanitarios integrados en un servicio de prevención.
2. Evaluar la calidad, suficiencia y adecuación de los servicios sanitarios de servicios de prevención ajenos autorizados en la provincia de Almería.

Método

1. A través del SICESS y los expedientes administrativos se han revisado todas las unidades básicas de medicina del trabajo (U.99) con autorización vigente en junio del 2016.
2. Se han seleccionado 14 servicios sanitarios autorizados como U.99 en la provincia de Almería. Tras una reunión con un grupo de expertos se seleccionaron doce criterios que permitieran un pronunciamiento claro sobre la calidad, suficiencia y adecuación de la actividad sanitaria. Los objetivos específicos, procedimiento, actuaciones para cada objetivo y sistema de registro de la evaluación realizada en cada servicio sanitario del SP se reflejan en el programa de Inspección puesto en marcha durante el segundo semestre del año 2016.

Resultados

1. Las 14 unidades de medicina del trabajo evaluadas (100%) estaban clasificados en el SICESS como centros de reconocimiento (C.2.5.10).
2. Se exponen los resultados para cada uno de los criterios estudiados (se expone el porcentaje de servicios sanitarios que cumplen el criterio satisfactoriamente: número de servicios sanitarios que cumplen/ total de servicios sanitarios evaluados):

Conclusiones

1. Se concluye una clasificación inadecuada de las U.99 de medicina del trabajo y se propone un criterio homogéneo para su clasificación.
2. Se detallan los criterios de calidad que no se cumplen por una mayoría de servicios sanitarios y cuales deben proponer un plan de mejora.

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN CLÍNICAS DENTALES

Paz Álvarez, M; Montoro Ruiz, E; Calle Ocaña, A; Torío Durántez, J; Fernández de la Blanca, M.

Resumen

Introducción

El Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios contempla la Evaluación de la Calidad en 30 Clínicas Dentales en la provincia de Jaén: existen 305 clínicas, de las que 172 han concertado el PADI (prestación asistencial dental infantil).

Objetivos

Evaluar los resultados basados en la calidad continua y mejoras en la prestación de las clínicas dentales, analizando diversos aspectos de su actividad: información de los usuarios, gestión por procesos, equipamiento, bioseguridad, protección radiológica, limpieza, desinfección y esterilización, trazabilidad, publicidad e historias clínicas en PADI.

Metodología

Tras reunirse con la Inspección Provincial (IP), el Presidente del Colegio de Dentistas envió circular a los colegiados informándoles de los puntos incluidos en el Programa de Calidad. Posteriormente, la IP comunicó a las clínicas seleccionadas la próxima visita y los aspectos incluidos en el Programa. En las visitas se cumplimentó el protocolo de inspección y se hicieron las propuestas de mejora pertinentes, enviándolas por comunicación oficial.

Resultados

1. Consentimiento Informado: habitualmente sólo se cumplimenta en cirugía, exodoncia quirúrgica, endodoncia y ortodoncia.
2. Aunque poseen los procedimientos normalizados de trabajo del Consejo General de Dentistas, la descripción en la historia clínica es muy incompleta.
3. Equipamiento: un tercio de las consultas dispone de censo; sólo una de plan de mantenimiento.
4. Protección radiológica: todas las consultas disponen de registro de los informes realizados por la UTPR y de los controles dosimétricos.
5. Limpieza, desinfección y esterilización: sólo dos consultas disponen de protocolo escrito.
6. Todas las consultas guardan en la historia trazabilidad de los implantes y el consentimiento informado.
7. Publicidad: tres consultas realizan publicidad pero ninguna la comunica.
8. En el 80% de las consultas su historia clínica coincidía con lo registrado en el PADI. Solo tres recogen los empastes en dientes temporales.

Conclusiones

Las consultas analizadas, a excepción de dos de ella, presentan un nivel de calidad aceptable. No obstante, los protocolos son muy generales y la cumplimentación de registros e historias es escasa.

LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Garrido Gámez L, García Fortea P, Aparicio Pérez FJ, Luque Lozano S.

Resumen

Introducción

El Estatuto de Autonomía prevé en su artículo 138, un sistema de evaluación para garantizar que las políticas públicas se adecuan a los objetivos básicos y cumplen los principios rectores de actuación previstos en Andalucía. La Ley 1/2014, de Transparencia (Art.12) define la evaluación de políticas públicas (EPP) como el proceso sistemático de generación de conocimiento encaminado a la comprensión integral de una intervención pública, realizando un juicio valorativo basado en evidencias respecto de su diseño,

puesta en práctica, resultados e impactos, todo con la finalidad de contribuir a la mejora de las intervenciones, e impulsar la transparencia y la rendición de cuentas.

Objetivos

1. Valorar la importancia de la aportación de la Inspección de Servicios Sanitarios (ISS) a la EPP
2. Presentar las iniciativas en curso

Método

Revisión del contexto legal, y descripción de las actividades desarrolladas por el Grupo de personas evaluadoras desarrollado por el IAAP. (GPE).

Resultados

La ISS dispone de capacidad legal para controlar o verificar el cumplimiento de los aspectos de organización y funcionamiento que afecten a los objetivos establecidos en los centros del SSPA o concertados con el mismo (Art.6.2.a de su Reglamento), funciones que son desarrolladas de acuerdo al Plan Anual de Inspección.

En el contexto del modelo de EPP definido en 2015 por el IAAP, se constituyó el GPE que colabora en actividades de formación y difusión de la EPP, y de asesoramiento para evaluación de planes (evaluabilidad previa, y evaluación de impacto). Se presentan las principales actividades desarrolladas por este GPE, en el que participan los autores de la comunicación.

Conclusiones

La capacidad para participar en las actividades de EPP se apoya en su competencia, independencia, y apoyo estratégico reforzado tras entrar en vigor la Directiva 2011/24/UE para la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza.

AUDITORÍA SOBRE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN BASE A LAS INDICACIONES Y CRITERIOS DE USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NACOS), EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE ATENCIÓN PRIMARIA

Illa Valdivieso MB, del Aguila Grande JP, Vilchez Peula FJ, Rivadeneira Navarro C.

Resumen

Objetivos

Evaluar la adecuación de la prescripción de NACOs en una UGC del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, en el origen de la prescripción, adecuación y fortaleza diagnóstica de la indicación y en el procedimiento utilizado con el fin de efectuar propuestas de mejora.

Método

Entre 1 de enero/31 de agosto de 2016. Se recogen datos de los facultativos de la UGC de Gran Capitán que tienen 9 o más pacientes en tratamiento (3 facultativos). En las historias clínicas (HC) se analizan los ítems recogidos en: «Indicación y Criterio de Uso de los NACOs», datos clínicos del Módulo de Diraya Visado-V.5.01 y de la Historia de Salud digital de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE).

Resultados

Tratamientos: 123 (49 Dabigatran, 46 Rivaroxaban, 28 Apixaban). De los 29 pacientes analizados:

- 16 pacientes no cumplimentado el juicio clínico
- 13 pacientes cumplimentado juicio clínico parcialmente. Sólo 1 tiene registrados los datos requeridos en «Indicación y Criterios de uso de NACOs».
- 17 AP/12 AE.
- Requisitos exigidos en «Indicaciones y Criterios de uso de NACOs».
 - 16 no cumplen todos los requisitos: 11 hay datos de la evaluación del riesgo tromboembólico, 5 sólo registro de fibrilación auricular no valvular.
 - 13 cumplen todos los requisitos (cumplen todos los criterios de indicación establecidos para NACOs).
- 13 HC tienen cumplimentado el juicio clínico en el módulo de Diraya Visado-V.5.01 y en 12 hay correlación con los datos clínicos de la historia de salud digital de Diraya.

Conclusiones

Vistos los resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Revisar las Indicaciones y Criterios de uso de NACOs.
2. Mejorar la cumplimentación del módulo de Diraya Visado- V.5.01.
3. Organizar acciones formativas.
4. Mejorar el grado de cumplimentación de la historia de salud digital con todos los diagnósticos necesarios para la prescripción de NACOs, tanto en AP como AE.

ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIDIABÉTICOS Y CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Comino Crespo P, Torío Durántez J.

Resumen

Introducción

Como acuerdo de colaboración incluido en el plan anual de inspección se evaluó la utilización de antidiabéticos (grupo anatómico A13), en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Úbeda.

Objetivos

- Auditar los criterios de calidad de la prescripción de antidiabéticos verificando su adecuación en tres subgrupos: antidiabéticos orales (A10B), análogos de insulinas de larga duración (A10AE) y antidiabéticos orales de última generación utilizados en monoterapia (A10BF, A10BG A10BX, A10X)
- Evaluar la cumplimentación del proceso asistencial integrado (PAI) en la historia clínica y los resultados obtenidos; siendo el criterio de efectividad, la hemoglobina glicosilada (HG)

Metodología

Estudio retrospectivo de los pacientes de la UGC de Úbeda a los que se prescribió antidiabéticos en el periodo febrero-abril de 2017. De los 38931 usuarios, 2765 cumplen el criterio de inclusión. Se seleccionaron aleatoriamente 20 pacientes por médico, en total

480, más otros 20 pacientes que recibían antidiabéticos de última generación en monoterapia.

Los criterios utilizados para valorar la adecuación y efectividad son los recogidos en el PAI Diabetes Mellitus 2017.

Resultados

La edad media es de 67,5 años (desviación estándar (DE):13,8), el 58% son varones y el 15% cuentan con interconsulta al segundo nivel. El 91% están incluidos en PAI, el 86% tienen determinación de HG, siendo su media 7,41 %(DE:1,4).

La adecuación de la prescripción de antidiabéticos orales es del 77,6%. En cuanto a efectividad, cumplen el criterio del Contrato Programa (HG<8%) el 72,6% pero solo la mitad de ellos cumplen el del PAI (HG=6,5-7%). Estas cifras son muy variables entre médicos, oscilando la adecuación entre el 93% y el 53% y la efectividad (entre el 100% y el 40%).

La adecuación de la prescripción de análogos de insulina de larga duración es del 73,3%. La efectividad siguiendo el criterio del Contrato Programa (HG<8%) es del 52,3% pero algo menos de la mitad cumplen el del PAI (HG=6,5-7%).

La adecuación de los fármacos antidiabéticos orales de última generación utilizados como mono-fármacos es del 55 %. En cambio, la efectividad siguiendo el criterio del Contrato Programa (HG<8%) es del 94,1%; el 69% también cumplen el del PAI (HG=6,5-7%).

Conclusiones

Casi $\frac{3}{4}$ de los antidiabéticos orales e insulinas de larga duración están adecuadamente prescritos; no obstante existe una excesiva variabilidad entre médicos.

El 73% de los pacientes con antidiabéticos orales alcanzan el objetivo de HG del contrato programa, pero sólo la mitad de ellos presentan cifras acordes al PAI. Esta efectividad es bastante menor en los análogos de la insulina.

Aunque la adecuación en la prescripción de antidiabéticos orales de última generación utilizados en monoterapia es menor, su efectividad es mucho más alta.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO A RESIDENTES DE CUATRO CENTROS SOCIO SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA

García Ramírez, C; Moreno Salazar, MM

Resumen

Introducción

El Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios de Andalucía 2017 introduce una nueva línea de acción «La evaluación de la calidad asistencial en centros residenciales de mayores», enmarcado dentro del Plan de Evaluación de la Calidad Asistencial en los centros sociosanitarios de Andalucía 2017-2019.

En base a ello, el equipo de Inspección de Farmacia de Almería procede a la evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en cuatro centros sociosanitarios de nuestra provincia.

Objetivos

Se pretende evaluar la adecuación de la medicación prescrita, para ello:

- Se comprueba en la historia clínica si la indicación se adecua a los criterios y recomendaciones indicadas en los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la AEMPS y si se aplican los criterios de calidad de los medicamentos en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) del contrato programa 2017.
- Se comprueba si el tratamiento que se administra al residente es la medicación activa que tiene prescrito en la Historia de Salud Única (HSU) a través de la consulta a la estación clínica de DIRAYA.
- Se verifican las condiciones de adquisición, conservación, custodia y administración de los medicamentos en los centros sociosanitarios seleccionados.

Material y método

Durante el primer semestre de 2017 se realiza un estudio de los residentes ingresados en 4 centros sociosanitarios del Distrito Poniente de Almería, seleccionando residencias con pacientes con derecho a la prestación farmacéutica del SSPA que cuentan con más de 50 camas.

Los casos que se incluyen en el estudio son residentes con prescripciones de nuevos anticoagulantes orales (NACO); de antidiabéticos orales (ADO); y de fármacos para trastornos cognitivos. Se seleccionan 20 pacientes con más de 5 medicamentos en su Ficha de Tratamiento (FT).

Se contrastó la información farmacoterapéutica de los residentes seleccionados obtenida de la FT que consta en los centros sociosanitarios con la información registrada en la HSU.

Además de comprobar que la indicación se adecua a los IPT de la AEMPS, y que se aplican los criterios de calidad de medicamentos en el SSPA del contrato programa 2017, se evaluó la seguridad del medicamento administrado, comparando con los criterios STOPP/START propuestos por la Sociedad Europea de Geriátrica y utilizados para la detección de medicación inapropiada en personas mayores de 65 años, y se analizan los tratamientos concomitantes para detectar posibles interacciones, con la herramienta de la base de datos MICROMEDEX.

Resultados

- En la revisión de la medicación en más de la mitad de los residentes seleccionados se detectó alguna incidencia en el tratamiento (discrepancias en la prescripción activa registrada en DIRAYA y la anotada en la FT, relacionada con los criterios STOPP/START, duplicidad de medicamentos, posibles interacciones entre medicamentos, entre otras.).
- En los 4 centros inspeccionados se observaron deficiencias en el proceso de gestión del medicamento (adquisición, conservación, custodia, preparación y administración).
- No existen mecanismos de control para asegurar la trazabilidad del medicamento desde la prescripción hasta la administración del medicamento.

Conclusiones

- Es necesario la integración del profesional farmacéutico en el equipo asistencial multidisciplinar para el control de todos los procesos de gestión del medicamento, así como establecer programas de atención farmacéutica, dirigido a la revisión sistemática de los tratamientos e implantar herramientas de seguimiento farmacoterapéutico y detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos.
- Debería de existir una mayor coordinación entre los profesionales de los centros sociosanitarios y los sanitarios de los centros del SSPA.
- Por último, pensamos que se debería implantar sistemas informatizados en la administración de medicamentos.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL, TRAS LA REORGANIZACIÓN SUFRIDA POR UNA AUDITORIA DE LA INSPECCIÓN SE SERVICIOS SANITARIOS

Sánchez Osorio, FI; González Campos, MC; Caparros Romero, MS; Girela Molina, B; Camacho Marín, A.

Resumen

Introducción

En el Plan de Inspección 2015, el objetivo 5.B, incluía la evaluación del procedimiento de conciliación de la medicación en los centros sanitarios del SSPA. Al recibir el informe la Gerencias del Hospital creó un grupo de trabajo para corregir las deficiencias.

Objetivos

Analizar los resultados de un programa de errores de conciliación (EC), con las mejoras recomendadas en un servicio de traumatología.

Método

Estudio observacional prospectivo realizado durante el año 2016, en el que se incluyeron todos los pacientes con 65 años o más o en tratamiento con al menos 5 fármacos. Las variables medidas fueron: edad, sexo, número de medicamentos prescritos, número de EC, grupo farmacológico implicado y gravedad del EC. Las fuentes de información empleadas fueron: Diraya-Clínica, APD-Prisma y entrevista con el paciente-cuidador. Los pacientes se incluyeron en las primeras 24 horas tras el ingreso. Se recogió el listado completo de medicación domiciliaria. Se comparó este listado con la prescripción realizada durante el ingreso. Para calificar una discrepancia como EC, el prescriptor debía aceptarlo como tal tras solicitar su aclaración.

Resultados

Se incluyeron 283 pacientes. Se revisaron 1903 medicamentos. Se halló un promedio de 2.7 EC/paciente. El tipo de EC más frecuente fue la omisión de medicamentos (89.6%), seguido de diferente dosis, pauta o vía (7.0%). Con respecto a la gravedad de los errores, el 73,2% alcanzan al paciente sin ocasionar daño, el 21,2 % no alcanza al paciente y el 5,6% alcanzan al paciente y requieren monitorización. La intervención realizada por el servicio de Farmacia se aceptó en el 81,3% de los casos.

Conclusiones

La priorización de la conciliación en este Hospital Comarcal, tras el informe emitido por la Inspección de Servicios Sanitarios, ha tenido un impacto positivo en la seguridad del paciente.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL INFORME NORMALIZADO PARA EL VISADO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA

Sánchez Osorio, FI; Caparros Romero, MS; González Campos, MC; Rivadeneira Navarro, C; Prieto Gómez, PJ.

Resumen

Introducción

Con la publicación del Informe de Posicionamiento Terapéutico para la indicación de fibrilación auricular no valvular (FANV) con anticoagulantes de acción directa (ACOD),

en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se implanta un modelo normalizado para facilitar su indicación y su visado.

Objetivos

Realizar un análisis de la veracidad de la información recogida en el informe normalizado para el visado de ACOD

Método

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes FANV que iniciaron tratamiento con un ACOD entre los años 2014 y 2016 tras un tratamiento con antivitaminicos K (AVK) con mal control del INR (no motivado por falta de adherencia al tratamiento). Las variables medidas fueron: edad, sexo, fecha de inicio de tratamiento con ACOD, fármaco prescrito, puntuación CHADS2, y grado de anticoagulación previo. Las fuentes de información empleadas fueron: Diraya-Clínica y Gota. Se valoró el grado de anticoagulación mediante el método de Rosendaal (mal control Tiempo de Rango Terapéutico (TRT) en los últimos 6 meses <66%. Se comparó esta información con la indicada en el informe de visado emitido por el facultativo prescriptor.

Resultados

Se incluyeron 32 pacientes con una edad media de 79,4 años. Los ACOD prescritos fueron Apixaban (43,8%), Dabigatran (28,1%) y Rivaroxaban (28,1%).

En el 12,5% de los pacientes en los que se indicaba iniciar ACOD por tratamiento con AVK con mal control del INR no se pudo verificar esta información. De estos, en el 25% de los casos figuraba en la historia clínica falta de adherencia al tratamiento con AVK y en el 75% restante no se cumplía TRT <66%.

Conclusiones

La comprobación de la veracidad de los datos señalados en el informe normalizado de visado, pone de manifiesto que existe en algunos casos falta de rigor en su cumplimentación.
