

Foro sobre Prácticas de Bajo Valor en pacientes mujeres



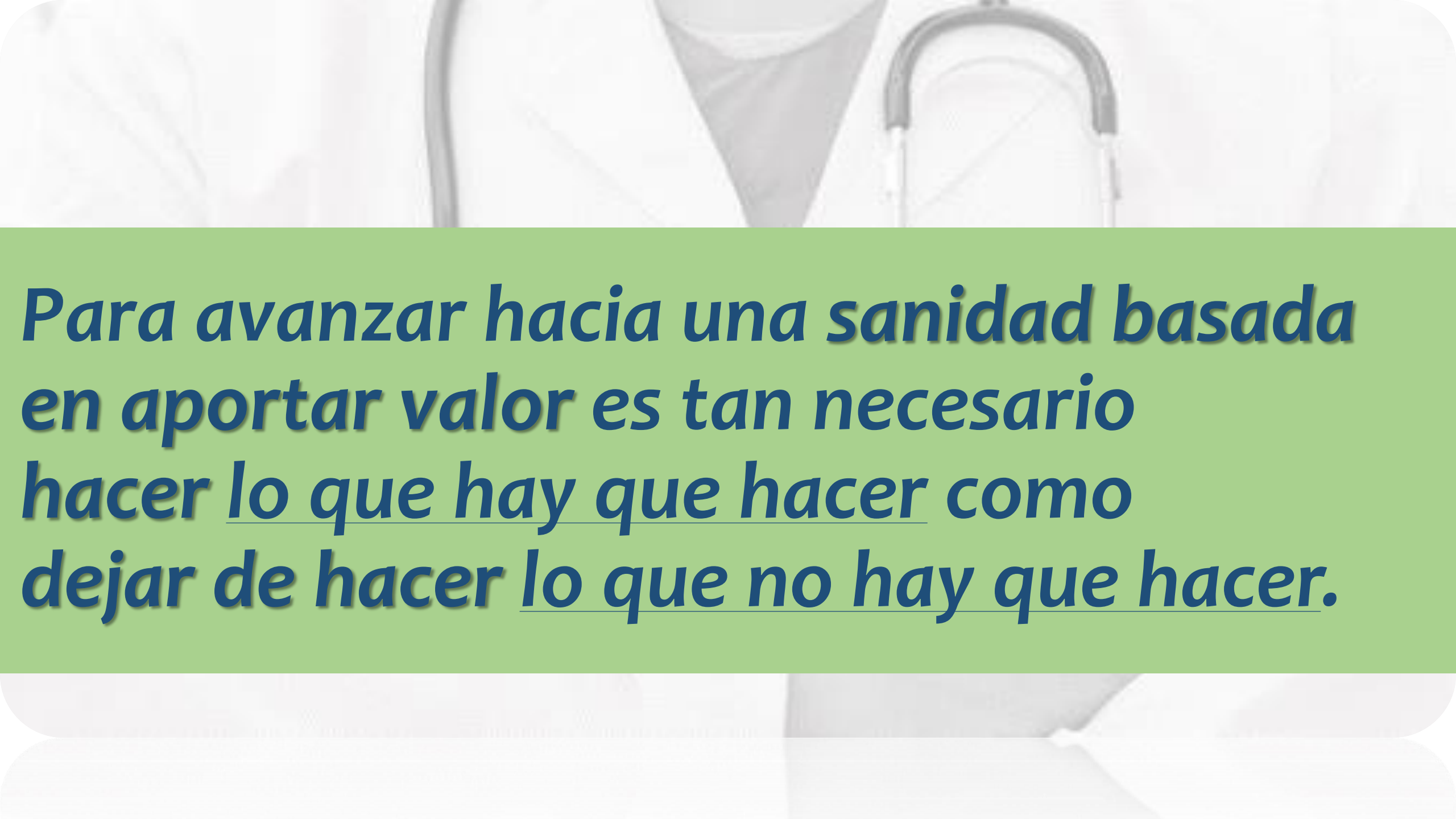
Si **no** es necesario
puede **hacer** daño.

El proyecto no hacer en Castilla y León

Hacia una sanidad basada en aportar **valor**



Tomás Maté Enríquez
Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente
Dirección Técnica de Calidad y Atención al Usuario
Dirección General de Calidad e Infraestructuras
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León



Para avanzar hacia una sanidad basada en aportar valor es tan necesario hacer lo que hay que hacer como dejar de hacer lo que no hay que hacer.

Barreras para dejar de hacer



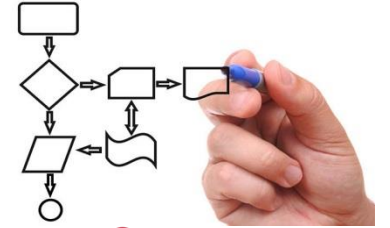
Desconocimiento

No conciencia de riesgo

Medicina defensiva
Inercia; no somos conscientes de que seguimos haciendo

Falta de ayudas para que no se olvide en ningún paciente

Expectativas de pacientes y familiares
“Más siempre es mejor”, no conciencia de riesgo
No saber como comunicar



4 principios básicos...



1. Es necesario un cambio de cultura

No es un proyecto a corto plazo



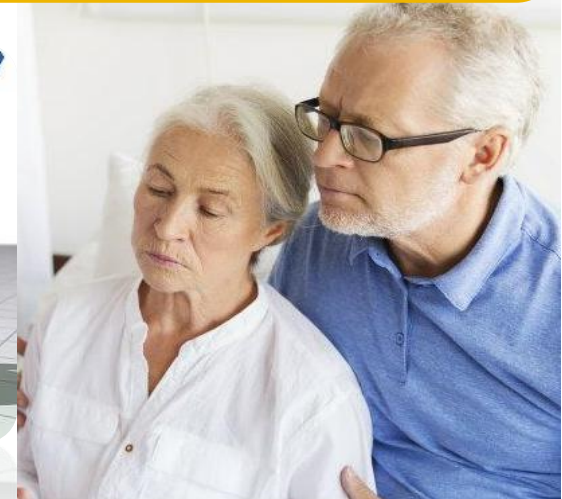
2. Tenemos que llegar a un nº importante de profesionales para crear esa cultura

Ellos deben ser los protagonistas → eligen en qué trabajar y cómo



3. Necesitamos herramientas

Dejar de hacer... no siempre es fácil



4. El cambio de cultura tiene que llegar también a los pacientes

¿Por dónde empezar?

Recomendaciones
seleccionadas

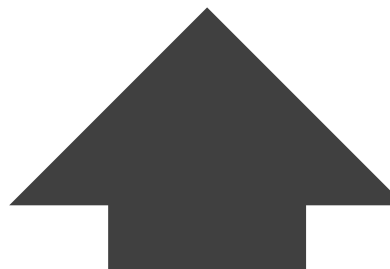
Servicio de Salud/gerencia

Objetivos anuales



Bottom-up

Servicio de Salud/gerencia



Propuesta de los
profesionales



A grayscale photograph of a doctor in a white lab coat with a stethoscope around their neck, examining a patient's arm. The image is split horizontally by a dark gray band containing white text.

La estrategia...
El camino que hemos recorrido...

2016

Presentación del proyecto

Objetivos anuales a nivel de Unidad

- Sesión sobre el proyecto
- Priorización de 2 recomendaciones



Estrategia bottom-up

1ª recomendación

- Identificación de **barreras**
- Plan de acción :
 - Cronograma de actividades*
 - +** *Herramientas necesarias*
 - +** *Retroalimentación*

2ª recomendación



2016

2017-2018



Presentación del proyecto

Objetivos anuales a nivel de Unidad

- Sesión sobre el proyecto
- Priorización de 2 recomendaciones



85%

CS

39 recomendaciones

12

recomendaciones



92% elecciones

91%

recomendaciones de
otras sociedades

65%

Servicios

79 recomendaciones
no SNS

20

recomendaciones



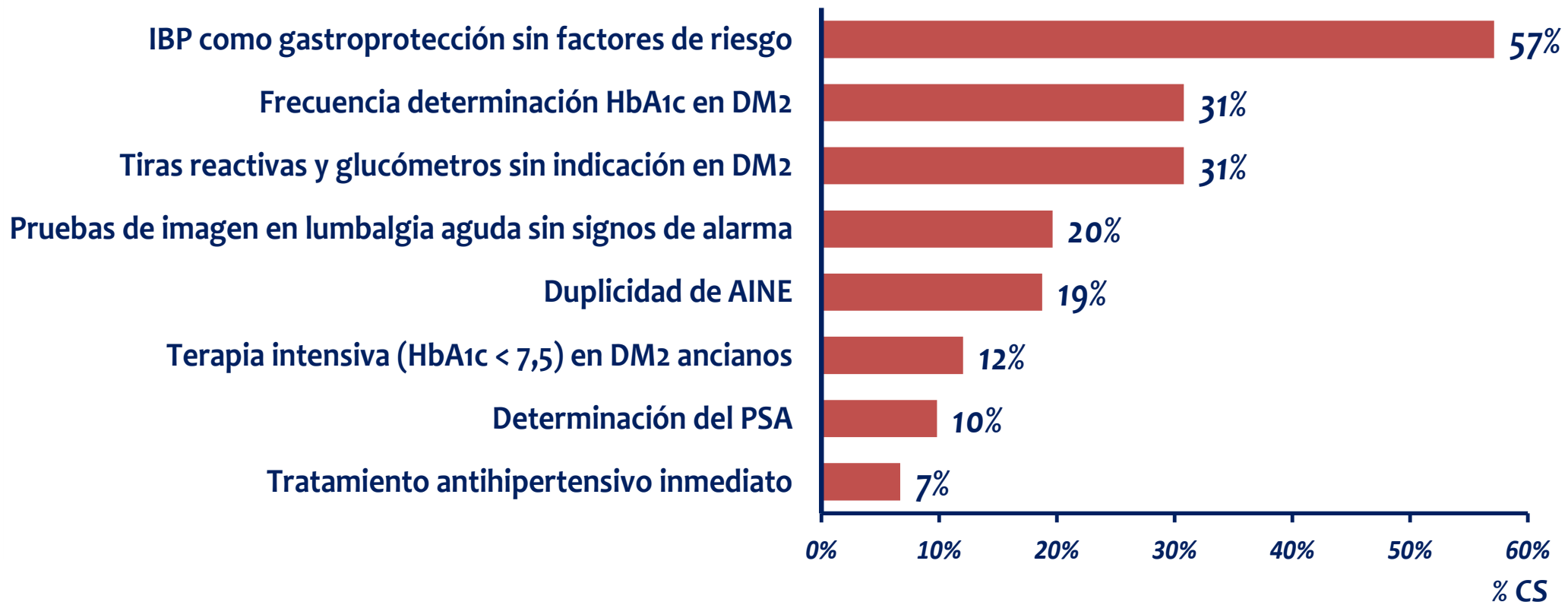
55% elecciones

43%

recomendaciones de
otras sociedades

Estrategia bottom-up

Recomendaciones más priorizadas en los CS



Estrategia bottom-up

Recomendaciones más priorizadas por Servicio/Unidad

No dependientes de la patología del paciente (8 recomendaciones)	Nº Servicios
No utilizar documentos estándar de consentimiento informado sin facilitar una adecuada discusión e información personalizada de los problemas	3
No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional	6
No utilizar abreviaturas en las hojas de prescripción	1
No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales	10
No administrar benzodiazepinas de vida media larga para el tratamiento crónico del insomnio, en personas mayores de 65 años	11
No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada	
No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento	18
No indicar colocación de sonda nasogástrica ni gastrostomía percutánea en pacientes con demencia en fase avanzada	12
No utilizar catéteres urinarios permanentes en pacientes sin indicación apropiada	14



Estrategia bottom-up

Pruebas de laboratorio (4 recomendaciones)		Nº Servicios
En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1C más de dos veces al año.	4	
No solicitar marcadores tumorales serológicos como cribado poblacional , salvo que se pertenezca a los grupos de riesgo	8	
No realizar estudios de cribado tiroideo en pacientes ingresados . Cuando se realicen en pacientes ambulatorios, determinar sólo TSH	9	
No se recomienda la determinación de CK total ni CK-MB, ni AST, ni LDH, ni mioglobina para el diagnóstico de daño miocárdico No utilizar CK ni CK MB en el diagnóstico de IAM	13	

	Lumbalgia	Nº Servicios
No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma		7

	Obstetricia	Nº Servicios
No separar a la madre del niño tras el parto, sin que haya ninguna causa médica que lo justifique		17

	Preoperatorio (2 recomendaciones)	Nº Servicios
No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II)		2
No hacer una radiografía de tórax en el estudio preoperatorio de un paciente joven sano		
No realizar pruebas de laboratorio en pacientes sin enfermedad sistémica (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima		16

Uso de hemoderivados (4 recomendaciones)		Nº Servicios
No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados	5	
No transfundir un número mayor de concentrados de hematíes que los necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o volver a un rango seguro de hemoglobina	15	
No administrar plasma o complejos protrombínicos para reversión de los antagonistas de la vitamina K en situaciones que no sean de emergencia	19	
No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica	20	

2016

Presentación del proyecto

Objetivos anuales a nivel de Unidad

- Sesión sobre el proyecto
- Priorización de 2 recomendaciones



2017-2018



85%
CS

39 recomendaciones

12
recomendaciones
↓
92% elecciones

91%
recomendaciones de
otras sociedades

65%
Servicios

79 recomendaciones
NO SNS

20
recomendaciones
↓
55% elecciones

43%
recomendaciones de
otras sociedades



Red colaborativa
Diseño de herramientas



Campaña:
Si no es necesario
puede hacer daño

Si no es necesario
puede **hacer** daño.

Resultados. Cuadro de indicadores

Recomendaciones priorizadas con mayor frecuencia en AP

Indice



Buzón de sugerencias:
calidad.profesordoc@itile.es

Cuadro de indicadores

[illegible]

Listados pacientes

Diseño de herramientas

Fichas clínicas

Algoritmos de decisión

Material sesiones clínicas

Check list

No prescribir IBP como gastroprotección¹ en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales

Si no es necesario puede hacer daño.

EXCEPCIONES	ALTERNATIVAS
Indicaciones de IBP como gastroprotección¹: INDICACIÓN A: Factor de riesgo: 1. Factor de riesgo en cada grupo: ✓ Factores de riesgo asociados a AINE: • Historia previa de úlcera péptica, perforación o hemorragia digestiva. • Edad ≥ 65 años. • Comorbilidad que incremente cardiovascular, renal o hepática severa. • Distintos niveles de HbA_{1c}. • Terapia concomitante con otros fármacos potencialmente gastroproteccin². • Uso de dosis altas/intermitentes (dosis ≥ 2). ✓ Factores de riesgo asociados a Anticoagulantes/Antitrombóticos: • Historia previa de úlcera péptica, perforación o hemorragia digestiva.	Si no hago esto, ¿cree que hacer esto causa? ✓ Replantearse la necesidad de utilizar un AINE u otro fármaco potencialmente gastrolesivo o su uso concomitante. ✓ AINE: Valorar el uso de alternativas no farmacológicas o fármacos con menor/ningún potencial gastrolesivo (paracetamol o metformil). ✓ Módulos: para la prevención de efectos gastrointestinales por AINE: • con menor potencial: buprenorfin, diclofenaco, a las eficaces y durante el menor tiempo posible. • liberación media largo o de liberación prolongada. • ajuste de paciente: con comorbilidades de alcohol y tabaco.

se le recomendaría

Indicación de IBP

→ **ajuste de recomendación**

→ **ajuste de recomendación**

2. Seguir y/o evaluación periódica de la indicación [Paso 1]

(valorar la posibilidad de evitar la asociación de fármacos potencialmente gastrolesivos)

Situación 2c: Paciente sin indicación de IBP se prescribió

1. **INFORMACIÓN** al paciente (batería + HbA_{1c} de información).
2. **DEPRESCRIPCIÓN** (Algoritmo) Deprescripción de IBP.
3. Aplicar, si procede, las **ALTERNATIVAS** de la recomendación.

*** La INFORMACIÓN verbal debe contemplar los siguientes aspectos:**

- No indicación de la prescripción/continuidad de la deprescripción.
- Potenciales efectos secundarios e interacciones farmacológicas de los IBP.
- Medidas higiénico-dietéticas (insuficiente efecto en evitar tabaco y alcohol).
- Duración del tratamiento, estrategias y forma de administración de los fármacos potencialmente gastrolesivos (ejemplo: AINE más los comórbidos).

¹ Sin IBP en estos indicios también en el tratamiento de enfermedades patológicas digestivas, dichos indicios no se abordan aquí al quedar el margen de esta recomendación ND 104/2019



Agencia de
Castilla y León
(Agencia de Sanidad)

Si no es necesario puede hacer daño.



SciCy

[illegible]

Campaña para pacientes



**Si no es necesario
puede hacer daño.**

TODAS
LAS PRÁCTICAS SANITARIAS
CONLLEVAN UN
RIESGO



Por eso, es **IMPORTANTE**
realizarlas cuando
SON NECESARIAS
porque van a **aportar un
beneficio**

...y **EVITARLAS** cuando no
son necesarias



Gominolicina[®]

Tomar antibióticos para curar un catarro, gripe o resfriado tiene el mismo efecto que tomar una gominola: ninguno.

Los antibióticos combaten las infecciones causadas por bacterias, no curan infecciones causadas por virus (gripe, resfriado...). Tampoco alivian el dolor ni la fiebre. Si los usamos correctamente pueden salvar vidas, pero si los

utilizamos cuando no es necesario o de forma inadecuada sin completar el tratamiento prescrito por el médico, estamos favoreciendo que las bacterias se vuelvan resistentes y que los antibióticos dejen de funcionar.

Si no es necesario
puede hacer daño.



Patataaaa...

Sería estupendo que nuestro móvil hiciese fotos de rayos-x, pero la verdad es que hacerse una radiografía innecesariamente no es divertido.

La exposición repetida a radiaciones puede conllevar riesgos, especialmente en niños y adolescentes, mucho más sensibles a la radiación que los adultos. Por eso, su uso debe limitarse a las situaciones en las que son necesarias.

Si no es necesario
puede hacer daño.

Campaña



Más información en: www.adicmcastilla Leon.es/inf/pasos/resistencia



Más información en: www.adicmcastilla Leon.es/inf/pasos/resistencia

Si no es necesario
puede hacer daño.



Cuando vamos al médico, ¿tenemos la idea de que lo mejor es que nos hagan muchas pruebas, que cuanto más se haga siempre va a ser mejor?



Entrevistas a ciudadanos



Los profesionales te lo explican

Campaña





Premio

Participe y gane tomando medicinas innecesariamente.
Consiga los efectos secundarios que se esconden
en los medicamentos más habituales.
Y recuerde: ¡cuantos más consuma, más posibilidades de ganar!

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios, incluso aquellos que se toman de forma habitual como los mal llamados protectores gástricos o las pastillas para dormir.

Los medicamentos nos ayudan a mejorar nuestros problemas de salud si se toman correctamente, pero si los empleamos cuando no son necesarios o de forma inadecuada, no funcionarán y estaremos favoreciendo que aparezcan efectos secundarios. El riesgo será mayor si tomamos varios fármacos a la vez.

**Si no es necesario
puede hacer daño.**



Repe Repe Repe

**Coleccionar pruebas diagnósticas
puede ser una afición poco saludable.**

Crear que «cuántas más pruebas, mejor», es un error.

Las pruebas diagnósticas pueden tener efectos negativos. Los chequeos periódicos y la repetición rutinaria de pruebas no suelen aportar beneficios y existen multitud de enfermedades que un médico puede diagnosticar tan solo con lo que le cuentes y la exploración que realiza.

Los profesionales sanitarios te indicarán qué pruebas son necesarias en cada momento.

**Si no es necesario
puede hacer daño.**



Nuevos carteles



Nuevos videos



Lumbalgia aguda ¿son necesarias pruebas de imagen?

La lumbalgia, dolor en la parte baja de la espalda, es un síntoma muy frecuente y en ocasiones muy molesto. Muchas personas piensan que es necesario hacer una radiografía o una tomografía para encontrar la causa que provoca el dolor. Sin embargo, esto no siempre es necesario.

¿POR QUÉ NO SIEMPRE SON NECESARIAS LAS PRUEBAS DE IMAGEN?

- **No le ayudarán a encontrarse mejor**
La mayoría de las personas con dolor lumbar se recuperan en unas semanas sin necesidad de medidas.
- **La radiación no es inofensiva**
Las radiaciones pueden alterar las células y tejidos sobre los cuales actúan. Cada vez que nos hacemos una radiografía o un TC, la radiación recibida se almacena en el tejido irradiado. En la edad infantil y juvenil, etapas del crecimiento mucho más sensibles, la radiación recibida puede tener efectos más graves en la vida adulta.



Prueba del PSA

El antígeno prostático específico, o PSA, es una proteína producida por las células de la glándula prostática. Tanto por las células normales como por las que no lo son.

El PSA se encuentra principalmente en el semen, aunque también se encuentra en pequeñas cantidades en la sangre. Se puede medir mediante un análisis de sangre. Es lo que se llama prueba o examen del PSA.

¿QUÉ CAUSA EL AUMENTO DEL PSA EN SANGRE?

Cuando se origina un cáncer de próstata, el nivel de PSA generalmente aumenta. Pero un nivel elevado de PSA en sangre puede ser debido a causas distintas al cáncer como una próstata aumentada de tamaño, infección de próstata, actividad sexual reciente o un paseo en bicicleta reciente y largo.

Sólo una de cada cuatro veces en la que el PSA está elevado en sangre, la causa es un cáncer.

Un nivel de PSA normal tampoco descarta la presencia de un cáncer de próstata.

La prueba del PSA puede ayudar a localizar muchos cánceres de próstata en etapa temprana, pero los beneficios de realizar esta prueba de forma rutinaria no superan a los riesgos en la mayoría de los hombres.

EL ANTÍGENO PROSTÁTICO (PSA) Y EL CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata afecta a muchos hombres pero rara vez es lo suficientemente agresivo como para causar la muerte.

Es frecuente que los hombres mayores tengan algunas células cancerosas en su glándula prostática y, por lo tanto, su nivel de PSA está aumentado. Si su nivel de PSA es más alto de lo normal, tendrá que hacerse más pruebas diagnósticas y tratamientos que no están libres de complicaciones.

Y, sin embargo, la mayoría de estos cánceres son tan poco agresivos que en la mayoría de los casos no desarrollarán ni síntomas ni complicaciones.



Uso adecuado de antiinflamatorios no esteroideos

¿QUÉ SON LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS?

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ayudan a aliviar el dolor y la inflamación. Son un grupo muy amplio de medicamentos, tanto en su composición como en su modo de actuar, pero todos ellos comparten tres características: antiinflamatoria, analgésica (frente al dolor) y antitérmica (disminuyendo la temperatura corporal).

Algunos de ellos son muy conocidos, como el ibuprofeno, el naproxeno o la aspirina. Se pueden encontrar como medicamentos genéricos o como marca comercial. En la siguiente lista, ordenada alfabéticamente, relacionamos todos los AINE por su denominación oficial. En las cajas de los medicamentos, además de la marca, siempre aparece este nombre: acetilfenolico; aspirina; ácido acetilsalicílico; celecoxib; dexketoprofeno; diclofenaco; etoricoxib; ibuprofeno; indometacina; isonitro; ketoprofeno; ketorolaco; metoprolol; meloxicam; nabumetona; naproxeno; ácido niflumico; parecoxib; piroxicam; tolmetina.

Aunque son menos dañinos que los antiinflamatorios esteroideos o corticosteroides, también tienen efectos secundarios.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS AINE?

Los efectos secundarios pueden aparecer en cualquier momento mientras esté tomando el medicamento, pero cuanto más tiempo lo esté tomando y cuanto más alta sea la dosis, mayor es la probabilidad de sufrirlos. El efecto adverso más frecuente asociado a su uso se relaciona con la irritación de la mucosa gástrica y no da síntomas, pero puede llegar a ser muy grave, provocando hemorragias.



Uso adecuado de los inhibidores de la bomba de protones

¿QUÉ SON LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES?

Se les conoce, aunque mal llamados, como "protectores gástricos". Los inhibidores de la bomba de protones actúan bloqueando la producción de ácido en el estómago. Cuando hablamos de inhibidores de la bomba de protones nos estamos refiriendo a fármacos como el omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol, y rabeprazol, por lo que también se les conoce como "prazoles".

Son medicamentos muy eficaces para tratar algunas enfermedades. Sin embargo, no están libres de riesgos. Tomar uno de estos medicamentos durante mucho tiempo, un año o más, se relaciona con mayor riesgo de fracturas de cadera, muñeca y columna vertebral, mayor riesgo de enfermedad renal, mayor frecuencia de infecciones como la neumonía o una infección intestinal producida por la bacteria Clostridium difficile y con una disminución en la absorción de nutrientes como la vitamina B12, el hierro o el magnesio, un mineral necesario en muchas funciones de nuestro cuerpo.

Estos medicamentos, además, pueden reducir el efecto de otros fármacos que se recetan con frecuencia, por ejemplo, los anticoagulantes orales, el clopidogrel, las benzodiazepinas o la levotiroxina.

¿CUÁNDO HAY QUE TOMARLOS?

Los profesionales médicos prescriben un medicamento de este tipo para el tratamiento de enfermedades relacionadas con la alteración de la secreción de ácido del estómago:

- La úlcera de estómago o de duodeno.
- La eradicación de la bacteria Helicobacter pylori.
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), incluida la enfermedad de Barrett.
- El síndrome de Zollinger-Ellison, causado por tumores.

Otra situación en la que se pueden indicar estos medicamentos es para prevenir las lesiones de la mucosa gástrica cuando se inicia un tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (tipo ibuprofeno). En estos casos, también debe ser prescrito por un profesional sanitario quien valorará, si es necesario o no, tomar uno de estos fármacos junto con la medicación prescrita, en función de una serie de factores como:



2016

Presentación del proyecto

Objetivos anuales a nivel de Unidad

- Sesión sobre el proyecto
- Priorización de 2 recomendaciones



2017-2018



85%
CS

39 recomendaciones

12
recomendaciones
↓
92% elecciones

91%
recomendaciones de
otras sociedades

65%
Servicios

79 recomendaciones
NO SNS

20
recomendaciones
↓
55% elecciones

43%
recomendaciones de
otras sociedades

2019

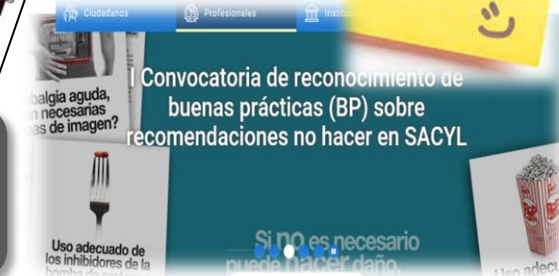
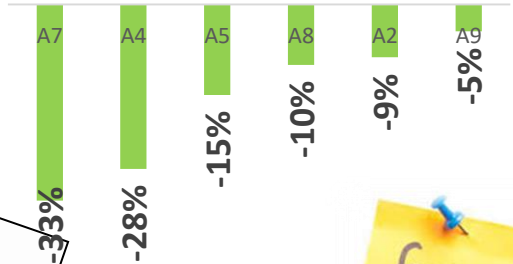


Red colaborativa
Diseño de herramientas



Campaña:
Si no es necesario
puede hacer daño

¿Ha sido visible el impacto?
¿Estamos dejando de hacer?



Impacto en Atención Primaria....

71% CS
implantaron
recomendaciones

En el 82%

de las recomendaciones
monitorizadas en AP se
produjeron resultados positivos:
**descensos visibles a nivel de
servicio de salud**

Atención Primaria



No IBP en pacientes sin factores de riesgo

No dos **AINES** de manera simultánea

No medidas terapéuticas intensivas para conseguir reducción HbA1c < 7,5% en ancianos multimorbilidad, ...

No cribado ni tto de bacteriuria asintomática, salvo...

NO iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata salvo...

No LABAs como único tratamiento del asma

No combinar inhibidor directo de renina y IECA/ ARAII.



No usar **tiras reactivas y glucómetros** en DM II en tratamiento con ADOs no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable

NO realizar HbA1c con periodicidad < 3 meses. En pacientes con buen control clínico y metabólico, no > 2 veces/año

No cribado de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata



No realizar pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.

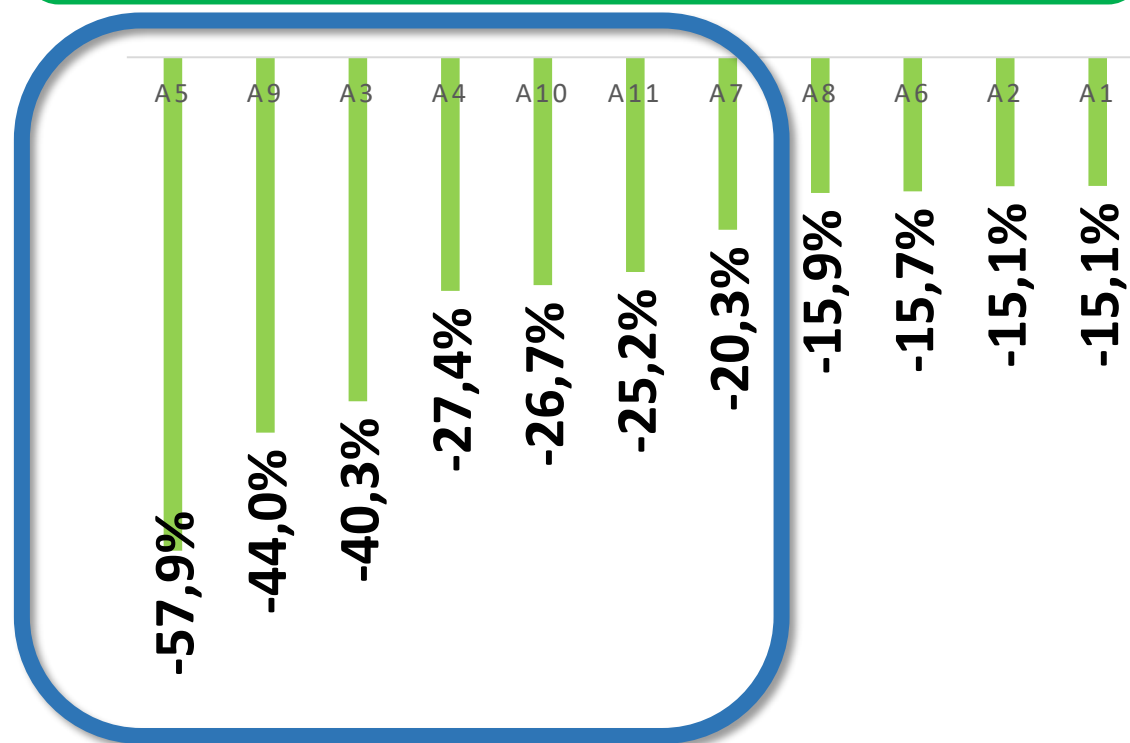
No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.



% pacientes DM2 en
autocontrol de glucemia
que no utilizan insulina ni
ADO-hipoglucemiantes

 - 23%

Descensos en todas las Áreas de salud



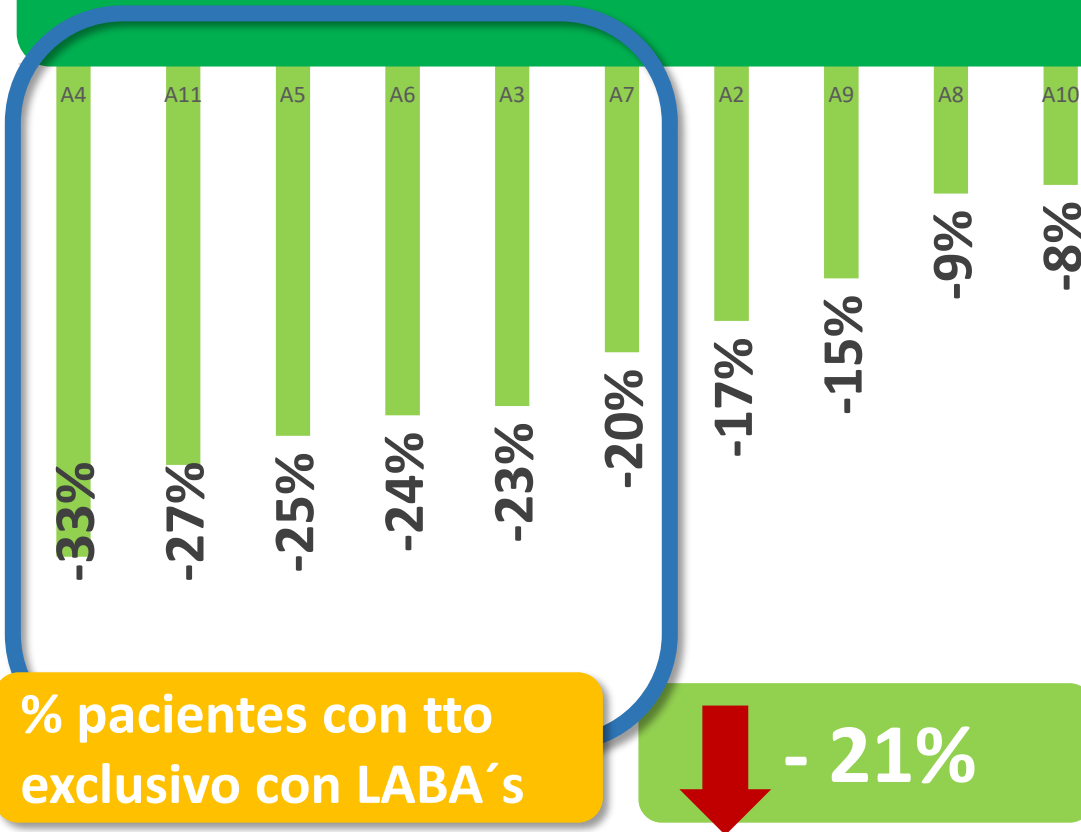
En el asma bronquial, no utilizar LABA's como único tratamiento / No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados.



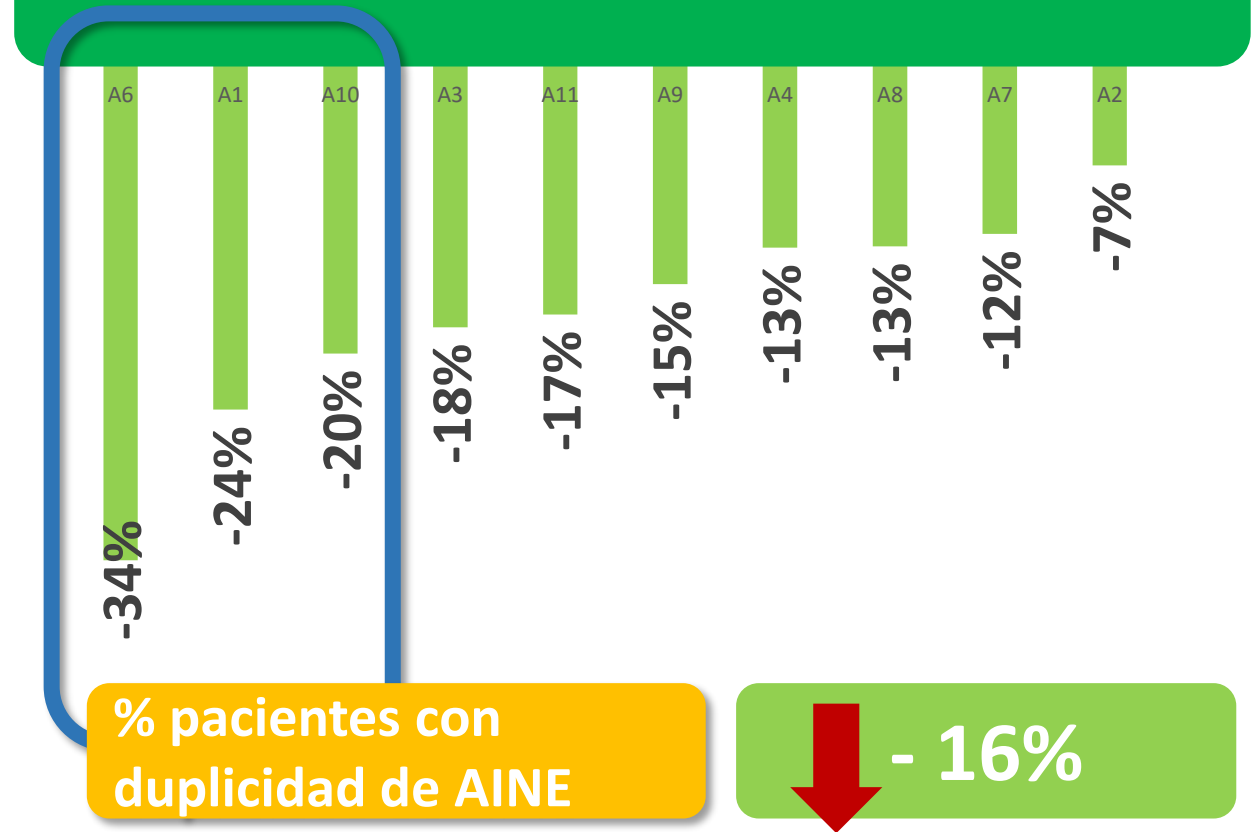
No usar dos o más AINE de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.



Descensos en 10 Áreas de salud



Descensos en 10 Áreas de salud



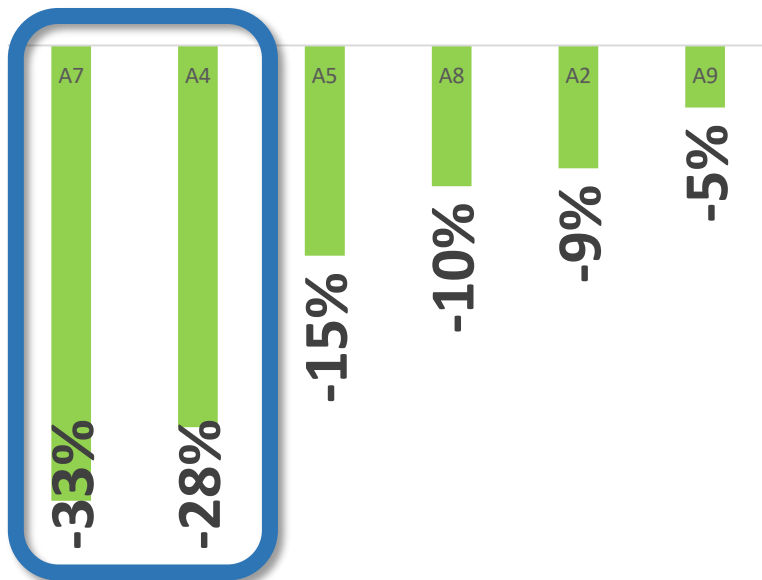
En pacientes diabéticos con buen control clínico y metabólico, no realizar HbA1C más de dos veces al año. Si es preciso realizar la determinación con mayor frecuencia, no hacerlo con periodicidad inferior a tres meses.



> 2 HbA1c/año

- 3%

6 Áreas de salud con
descensos en > 2 HbA1c



> 4 HbA1c/año

8 Áreas de salud con
descensos en > 4 HbA1c

- 14%

En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.

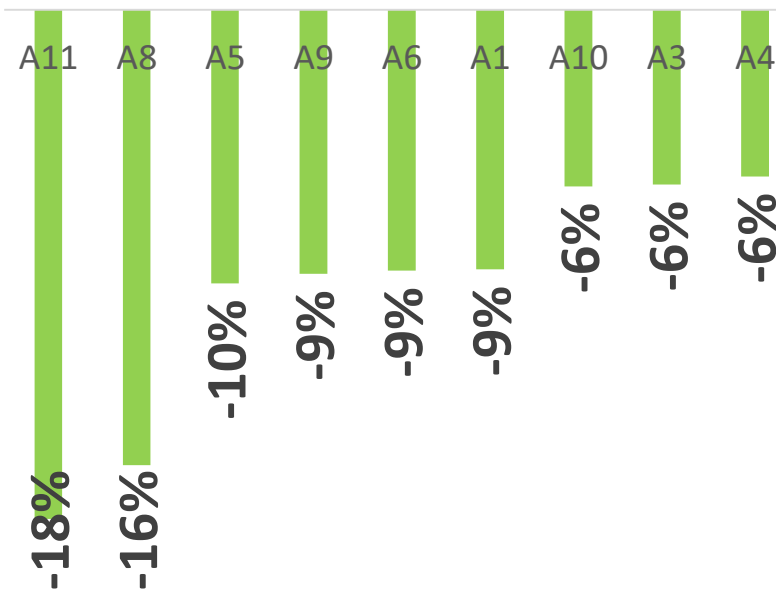


% pacientes con cifras de TA elevada sin proceso abierto ni tratamiento previo de HTA que comienzan el tratamiento farmacológico antes de 6 semanas



- 8%

Descensos en 9 Áreas de salud



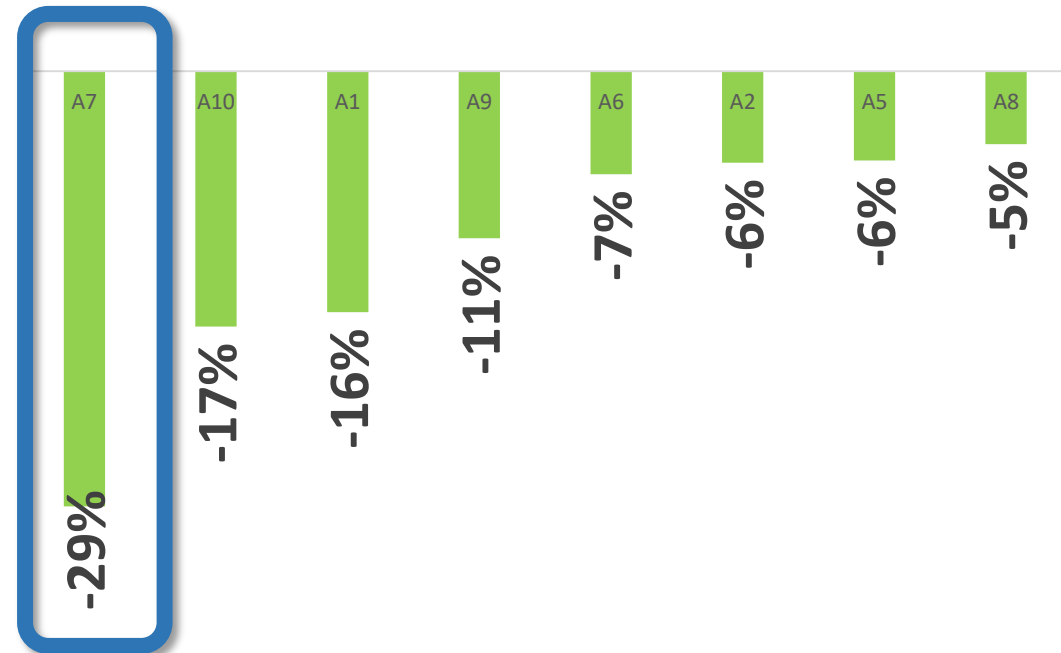
No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata



% varones > 50 años
sin antecedentes
a los que se ha
solicitado al menos
1 determinación de PSA

 - 7%

Descensos en 8 Áreas de salud



No realizar pruebas de imagen en pacientes con lumbalgia sin signos de alarma

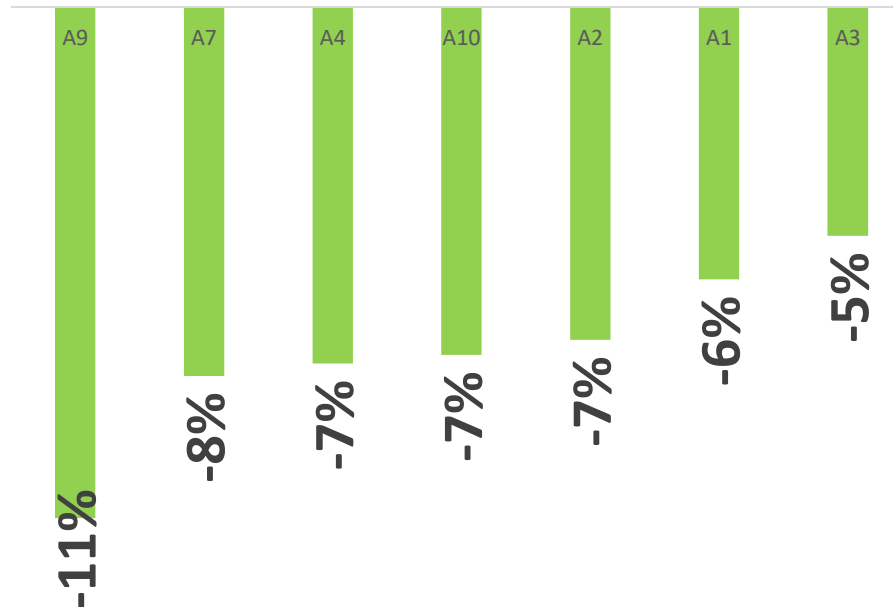


% pacientes con lumbalgia con RX



- 5%

Descensos en 7 Áreas de salud



No usar medidas terapéuticas intensivas para conseguir una reducción de HbA1c < 7,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con una expectativa de vida < 10 años.



**% DM, G3, > 75 años
con HbA1c < 7,5%**

 **- 1%**

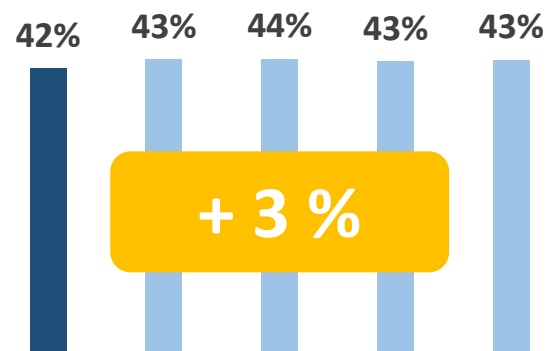
Descensos en 5 Áreas de salud



No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales.

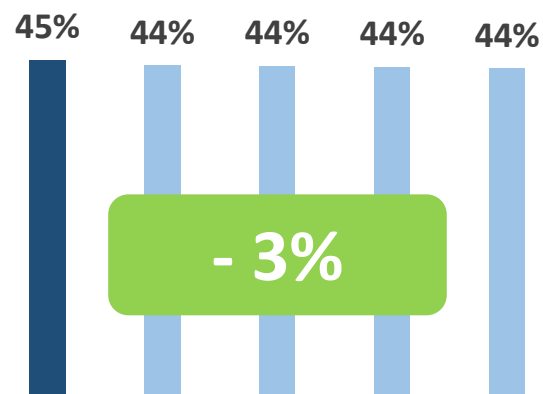


% de < 65 años con IBP, con 0 fármacos gastrolesivos



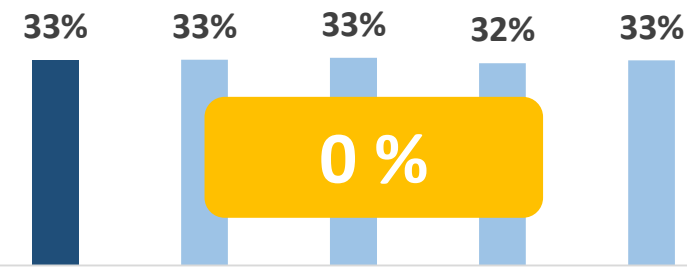
+ 3 %

% de < 65 años con IBP, con 1 fármaco gastrolesivo



- 3%

% de > 65 años con IBP, con 0 fármacos gastrolesivos



0 %

...y ¿estábamos dejando de hacer en los hospitales?

Sí

En el **79%** de los casos se han realizado actuaciones

En el **51%** se han evaluado

46% SNS

64% no SNS



80% de las evaluadas han tenido resultados positivos

Jornada de buenas prácticas sobre recomendaciones No Hacer en Sacyl

29 DE MAYO DE 2019

SALÓN DE ACTOS, CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

Objetivos

- Trasladar la necesidad de avanzar hacia una organización basada en aportar valor.
- Difundir los resultados alcanzados hasta ahora con el proyecto.
- Compartir buenas prácticas que han tenido un impacto importante en resultados.
- Dibujar el futuro del proyecto.

Dirigido a

- Jefes de servicio, supervisoras de enfermería y coordinadores y responsables de enfermería de centros de salud.
- Profesionales asistenciales.
- Responsables del proyecto no hacer.
- Unidades de calidad.
- Equipos directivos.

Inscripción

- Gestion@FC.
- Información: responsable del proyecto no hacer del centro.

10:00 h. Bienvenida- Inauguración

Antonio Mª Saez Aguado. Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

10:15 h. El futuro: una organización basada en aportar valor

Enrique Bernal Delgado-Responsable del proyecto nacional de variabilidad de la práctica médica. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

10:50 h. Proyecto no hacer en Sacyl. Hasta donde hemos llegado...

Mª José Pérez Boillos. Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes. DG Innovación y Resultados en Salud.

11:30 h. Buenas prácticas NO HACER Sacyl para evitar los riesgos del sobrediagnóstico

Cuando solicitar pruebas de laboratorio se convierte en un problema para el paciente y para el médico. Guadalupe Ruiz Martín. Jefe de Servicio de Análisis Clínicos de los hospitales de Valladolid

El exceso de control no mejora la salud del paciente. Empleo de tiras de determinación de glucemia en pacientes diabéticos tipo II. Purificación Vallejo de la Gala.

Responsable enfermería de Equipos Atención Primaria. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia

Radiar no aporta valor...pero sí riesgos. Pruebas de imagen en el dolor lumbar agudo sin signos de alarma. Alvaro Muñoz Galindo. Servicio de Urgencias. C.A.U. de Salamanca

12:30 h. Descanso

13:00 h. Buenas prácticas NO HACER Sacyl. Cuando el exceso de tratamiento y de cuidados supone un riesgo para la seguridad del paciente

Flebitis zero, una estrategia para disminuir los catéteres que no necesitamos Carmelo Villafranca Renes. Subdirector de Enfermería C.A.U. de Burgos

Programa de uso racional de hemoderivados en Cirugía

Nuria Ruiz López. Servicio Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Ayudas para evitar algunas combinaciones de fármacos

Diana Viñuela Álvarez. Farmacéutico de AP. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia

Uso de broncodilatadores y pruebas de imagen en niños con bronquiolitis

Roberto Velasco Zúñiga. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

No hacer en momentos difíciles.

Alimentación en pacientes con demencia avanzada Francisco Javier Mena Martín. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Cuando llega el momento de elegir el tratamiento sustitutivo de la función renal

Mario A. Prieto Velasco Jefe de Unidad de Nefrología. C.A.U. de León

14:30 h. Lunch. Comida

15:30 h. Mesa Debate: Recetas para dejar de hacer. Del microondas a la alta cocina

Elvira Callejo Gimenez. Presidenta de SOCALEMFyC. Médico de familia del CS de Circunvalación. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este

Luis Corral Gudino. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

Ana Pérez Villafañe. Jefe de Unidad de Anestesiología y Reanimación. C.A.U. de León

Álvaro Muñoz Galindo. Servicio de Urgencias. Coordinador de Calidad. C.A.U. de Salamanca

Carmelo Villafranca Renes. Subdirector de Enfermería C.A.U. de Burgos

Celia Albaladejo Blanco. Unidad de Calidad. Área de Valladolid Oeste

Moderadores de mesas

M Belén Cantón Álvarez. Directora Médico del C. Asistencial de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia

Carmen Pacheco Martínez. Servicio de Planificación. DG Innovación y Resultados en Salud

Judit Ceruelo Bermejo. Servicio de Prestación Farmacéutica. DG de Asistencia Sanitaria

Mª José Pérez Boillos. Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes. DG Innovación y Resultados en Salud.

17:00 Entrega de reconocimientos Buenas prácticas NO hacer Sacyl 2019. Clausura

Rafael Sanchez Herrero. DG de Innovación y Resultados en Salud
Alfonso J. Montero Moreno. Director General de Asistencia Sanitaria

Si no es necesario
puede hacer daño.



Gominolicina®

Premio

Participo y gano tomando medicamentos innecesariamente. Consigo los efectos secundarios que se esconden en los medicamentos más habituales. Y me ahorro los gastos de más posibilidades de ganar!

1

La estrategia bottom-up de priorización ayudó a que el proyecto fuera conocido por muchos profesionales y a que un alto % de unidades se sumaran a la iniciativa.

2

La distribución de las recomendaciones por ámbitos de aplicación, en vez de por sociedades fue acertada.

3

La campaña para pacientes suma: el lema fue bien recibido; no solo por los pacientes, también por los profesionales.

4

La estrategia empezaba a tener impacto...





Y... ¿ahora qué?



PLAN

DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

2022-2026

Transformando JUNTOS para aportar VALOR



¿Qué queremos conseguir?

8 retos

Para alcanzar los retos definidos se plantean **8 ejes de actuación**, orientados a reforzar aquellos aspectos clave que hagan posible la transformación de nuestra organización hacia el modelo de sanidad que queremos.

Marco de la transformación

MEJORAR LA GESTIÓN, consolidando el Modelo EFQM como marco de gestión y herramienta para la mejora.

No hacer y buen hacer

ORIENTAR AL VALOR, disminuyendo las intervenciones sanitarias innecesarias y mejorando los procesos, teniendo en cuenta la perspectiva del paciente.

Ruta hacia la excelencia

INVOLUCRAR A LAS UNIDADES ASISTENCIALES EN LA MEJORA DE LA GESTIÓN, LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD, desarrollando un modelo de gestión dirigido a la búsqueda de la excelencia, que incorpore la evaluación de resultados en salud y el reconocimiento de las unidades avanzadas.

Paciente seguro
Infección zero

VIGILAR, PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES, mediante estrategias dirigidas a prevenir la transmisión de microorganismos multirresistentes y las infecciones asociadas a la atención sanitaria que constituyen el evento adverso prevenible más frecuente.

Paciente seguro
Otras prácticas seguras

MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, fomentando la implantación de buenas prácticas en seguridad del paciente.

Transformando juntos

FOMENTAR EL COMPROMISO DE PROFESIONALES Y PACIENTES CON LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD, implicándolos en la extensión de la cultura de seguridad a través de la formación, participación y reconocimiento.

La hora de las TIC

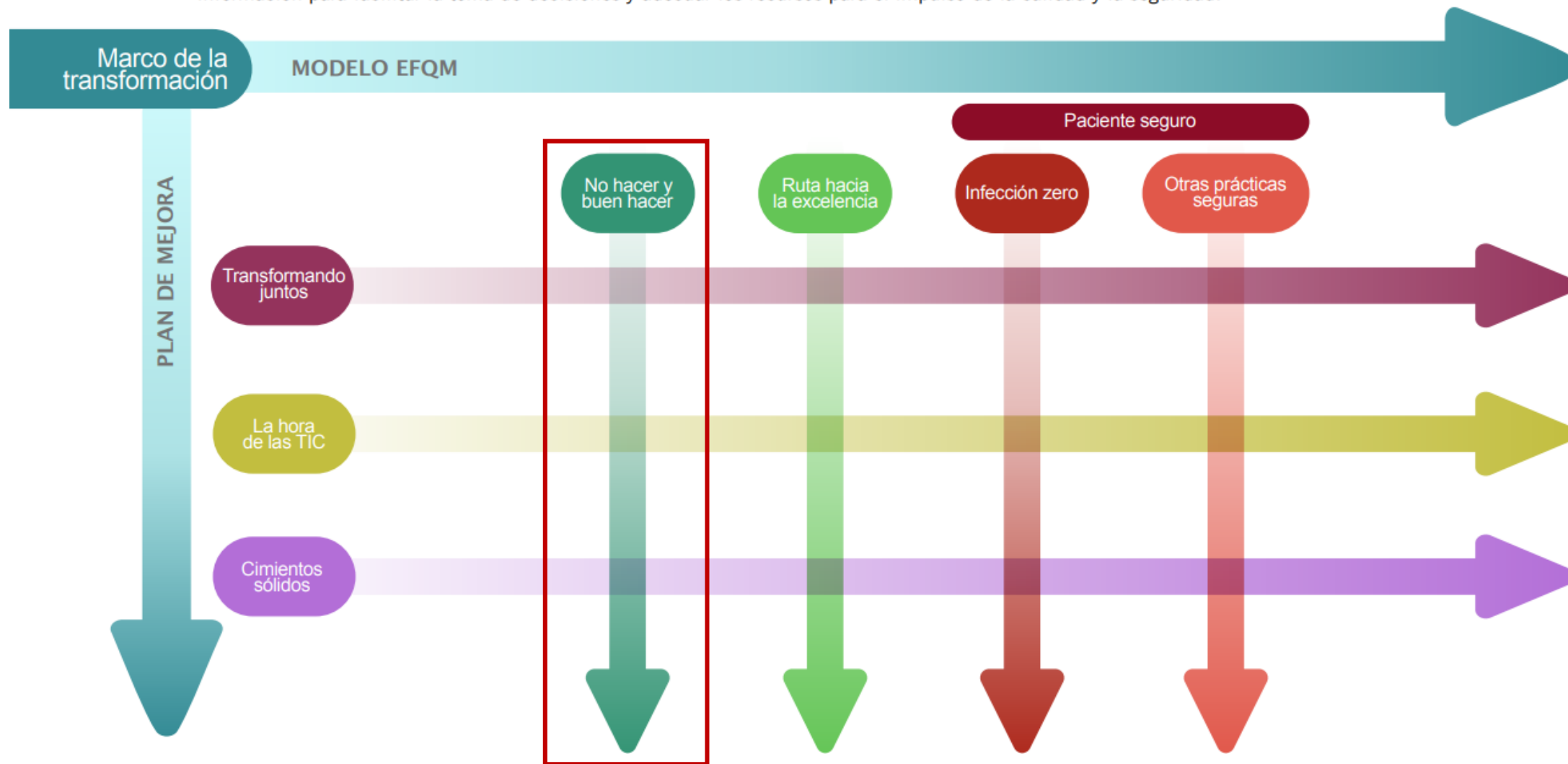
AVANZAR EN EL DESARROLLO DE LAS TIC, que ayudan a conseguir calidad y seguridad, aprovechando las posibilidades que ofrecen.

Cimientos sólidos

POTENCIAR LA ESTRUCTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD, como elemento clave de apoyo a la organización para abordar estos retos estratégicos.

¿Cómo lo vamos a conseguir?

Utilizando el Modelo EFQM como **eje y marco** para la transformación y la mejora continua, el Plan contempla el desarrollo de **4 ejes de actuación verticales**, con proyectos orientados a potenciar la calidad y la seguridad como valores de la atención sanitaria y **3 ejes transversales**, que incluyen actuaciones orientadas a facilitar el despliegue de los ejes verticales, que se centran en: promover un cambio de cultura en la organización, reforzando el compromiso de los profesionales con la calidad y la seguridad e involucrando también a pacientes y familiares, fomentando su participación activa; mejorar los sistemas de información para facilitar la toma de decisiones y adecuar los recursos para el impulso de la calidad y la seguridad.



No hacer
y buen hacer

No hacer

Gestión
de procesosHerramientas
LeanAdecuación en el uso de recursos
Orientación al usuario
Mejora de la experiencia del paciente
y de la satisfacción
de pacientes y profesionales

- Implantar paquetes de recomendaciones NO HACER en el ámbito hospitalario.
- Priorizar e implantar las recomendaciones NO HACER con mayor margen de mejora en atención primaria.
- Configurar un cuadro de mando corporativo con indicadores asociados a las recomendaciones, que se puedan recoger mayoritariamente de forma automática.
- Introducir reglas de adecuación en el módulo de prescripción y en los gestores de peticiones radiológicas y de laboratorio.
- Desarrollar nuevas herramientas que faciliten la implantación y adherencia a las recomendaciones, así como la difusión de buenas prácticas.
- Utilizar el Portal de Calidad y Seguridad del Paciente para visibilizar y compartir herramientas, buenas prácticas...
- Desarrollar iniciativas para el fomento y reconocimiento de buenas prácticas.
- Diseñar campañas de información a profesionales y pacientes (cartelería, folletos, vídeos...) que apoyen el cambio de comportamiento.



Proyecto NO HACER

Líneas de trabajo

Portal de Salud: herramientas y buenas prácticas



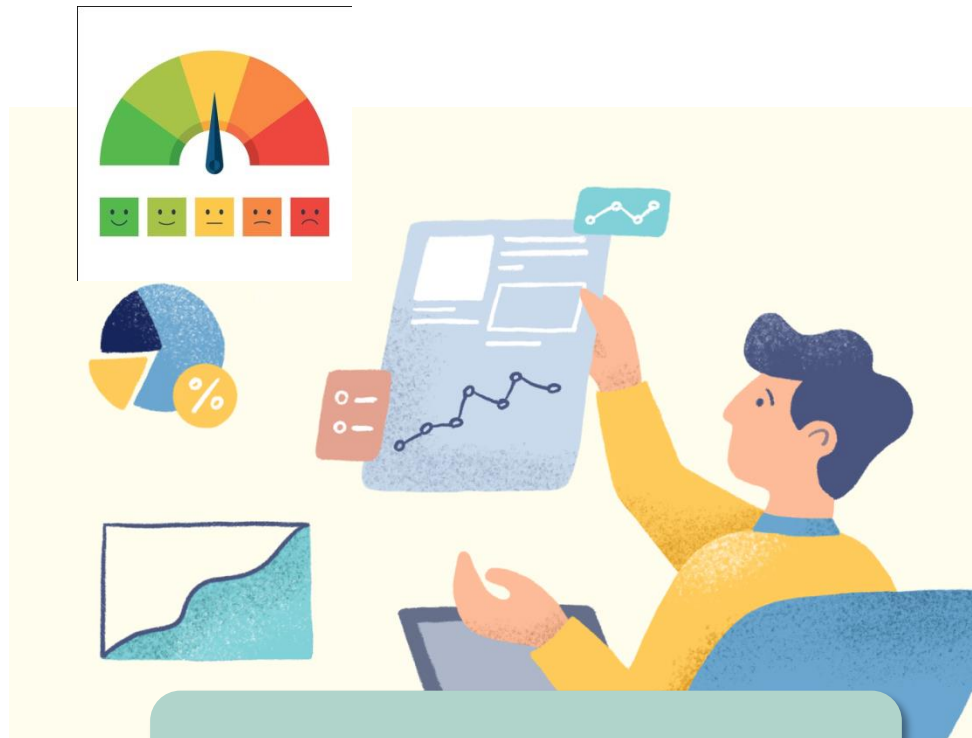
**Si no es necesario
puede hacer daño.**



Proyecto NO HACER

Líneas de trabajo

TIC para apoyar el “no hacer”



Indicadores automáticos



Reglas expertas

Proyecto NO HACER

Líneas de trabajo



I Paquetes de recomendaciones NO HACER en el ámbito hospitalario

Preoperatorio + Bloque quirúrgico

NO HACER	Recomendaciones relacionadas (<i>sociedades científicas</i>)	1
RX tórax	- B.2. No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II) (<i>Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor</i>). - Z.5. No hacer una radiografía de tórax en el estudio preoperatorio de un paciente joven sano (<i>Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia</i>).	
Pruebas de laboratorio	- B.5. No realizar pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sin enfermedad sistémica (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima (<i>Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor</i>).	
Consentimiento informado	- E.5. No utilizar documentos estándar de consentimiento informado sin facilitar una adecuada discusión e información personalizada de los problemas (<i>Sociedad Española de Calidad Asistencial</i>).	
Higiene preoperatoria y preparación de la piel	- AH.1. No eliminar el vello de forma sistemática para reducir el riesgo de infección de sitio quirúrgico. Si fuera necesario, usar cortadoras de pelo adecuadas (maquinillas eléctricas, cortadoras de pelo, depilación química) (<i>Sociedad Española Medicina Preventiva y Salud Pública</i>). - Proyecto IQZ. - Proyecto Cirugía Segura. - Recomendaciones Vía RICA.	

Proyecto NO HACER

Líneas de trabajo



I Paquetes de recomendaciones NO HACER en el ámbito hospitalario

Preoperatorio + Bloque quirúrgico

NO HACER	Recomendaciones relacionadas (<i>sociedades científicas</i>)	2
Profilaxis antibiótica	- H.4. No realizar profilaxis antibiótica de rutina para la cirugía no protésica limpia y no complicada (<i>Asociación Española de Cirujanos</i>). - H.3. No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica (<i>Asociación Española de Cirujanos</i>). - Z.2. No prolongar más de 24 horas la profilaxis antibiótica después de una intervención quirúrgica no complicada (<i>Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia</i>). - Proyecto IQZ. - Proyecto Cirugía Segura. - Recomendaciones Vía RICA .	
Anemia y uso de hemoderivados	- B.4. No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados (<i>Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor</i>). - K.1. No administrar plasma o complejos protrombínicos para reversión de los antagonistas de la vitamina K en situaciones que no sean de emergencia (es decir, fuera del entorno de hemorragia grave, hemorragia intracraneal o cirugía de urgencia). - K.2. No transfundir un número mayor de concentrados de hematíes que los necesarios para aliviar los síntomas de la anemia o para volver a un paciente a un rango seguro de hemoglobina (7 a 8 g/dl en pacientes no cardíacos estables). - K.3. No transfundir concentrados de hematíes en anemia ferropénica sin inestabilidad hemodinámica (<i>Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia</i>). - M.5. No se deben transfundir concentrados de hematíes en pacientes críticos hemodinámicamente estables no sangrantes, sin afectación cardiológica y/o del Sistema Nervioso Central con una concentración de hemoglobina superior a 7 g/dl (<i>Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias</i>). - Recomendaciones Vía RICA.	

Proyecto NO HACER

Líneas de trabajo

Campaña de información



Foro sobre Prácticas de Bajo Valor en pacientes mujeres



Si **no** es necesario
puede **hacer** daño.

El proyecto no hacer en Castilla y León

Hacia una sanidad basada en aportar **valor**

¡Muchas gracias!



Tomás Maté Enríquez
Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente
Dirección Técnica de Calidad y Atención al Usuario
Dirección General de Calidad e Infraestructuras
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León