



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Máster

**Mejora para la prevención
del tromboembolismo
venoso en lesionado
laboral.**

Presentado por: José Miguel Castillo Rioja
Tipo de TFM: Proyecto de Mejora
Director/a: José Luis Camacho Pastor

Ciudad: Cádiz
Fecha: 25.4.2018

1. Índice

2. Resumen y palabras claves.....	3
3. Introducción, justificación y propósito de trabajo.....	4 y 5
4. Selección de la oportunidad de mejora.....	6 y 7
5. Objetivo de la mejora.....	8
6. Creación del equipo de mejora.....	9
7. Análisis de las causas.....	10, 11, 12 y 13
8. Planificación de acciones de mejora.....	14, 15 y 16
9. Indicadores.....	17 y 18
10. Implantación de las acciones de mejora.....	19, 20, 21 y 22
11. Monitorización.....	23 y 24
12. Conclusiones.....	25
13. Bibliografía.....	26
14. Anexos.....	27 y 28
15. Curriculum Vitae.....	29 y 30

2. Resumen y palabras claves

Resumen

La prevención del tromboembolismo venoso se perfila como uno de los elementos de seguridad del paciente y calidad asistencial, más importante, teniendo en cuenta que el contexto asistencial donde nos encontramos, incluye como primera opción terapéutica con elevada frecuencia, la cirugía ortopédica, y la inmovilización.

Estas situaciones son algunas de las razones etiológicas que tienen mayor elevada tasa de tromboembolismo venoso.

Así mismo, se proponen una serie de acciones encaminadas a mejorar los protocolos de prevención tromboembólica que se aplican a nuestros lesionados laborales, en el centro asistencial que dispone la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº151 Asepeyo.

Palabras clave

Tromboembolismo venoso. Factores de riesgo. Seguridad del paciente.

Abstract

The prevention of venous thromboembolism is emerging as one of the elements of patient safety and quality of care, more important, taking into account that the healthcare context where we are, includes as a first therapeutic option with high frequency, orthopedic surgery, and immobilization.

These situations are some of the etiological reasons that have higher rates of venous thromboembolism.

Likewise, a series of actions aimed at improving the thromboembolic prevention protocols that are applied to our work-related injuries in the health center that is provided by the Mutual Society for Occupational Accidents and Occupational Diseases of the Social Security n ° 151 Asepeyo are proposed.

Key Word

Venous thromboembolism. Risk factors. Patient Safety.

3. Introducción, justificación y propósito del trabajo.

Introducción

Aunque la incidencia de enfermedad tromboembólica ha disminuido en nuestro entorno de trabajo, debido a la implementación de protocolos estrictos de profilaxis antitrombótica¹, los factores de riesgo que asumen los pacientes como consecuencia del tratamiento de gran número de lesiones por traumatismos, cirugías traumatológicas, con mayor incremento del riesgo en las de rodilla y cadera, así como el uso de tratamientos ortopédicos basados en inmovilizaciones por tiempo prolongado, provocan que aumenten las posibilidades de presentar casos, tanto de tromboembolismo venoso profundo, como tromboembolismo pulmonar¹. Según los datos del Ministerio de Sanidad Español, durante el 2010 se diagnosticaron 22.250 casos de tromboembolismo pulmonar con una mortalidad durante el ingreso hospitalario del 8,9 %.²

Según el Registro Informatizado de pacientes con Enfermedad Tromboembólica (RIETE)² existen más de 400 casos de enfermedad tromboembólica al año, provocada por traumatismo e inmovilizaciones.

Dicha situación provoca siempre una situación de evento adverso grave con incremento de los Indicadores para la Seguridad del Paciente Recomendados por HCQI, en concreto los del área de “Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas.”³

Justificación

Estimamos oportuno realizar este proyecto de mejora, dado que la mayor parte de la actividad asistencial que se realiza en nuestro centro asistencial, se desarrolla en el área médica de cirugía ortopédica y traumatología, y esta especialidad lleva implícito que un elevado número de pacientes sean susceptibles de sufrir un episodio de enfermedad tromboembólica, por la adquisición de factores de riesgo trombogénicos ya sea por la propia lesión (fracturas, aplastamientos, politraumatizados...), como por los tratamientos implementados (cirugías, inmovilizaciones con yeso).

Propósito

El propósito del trabajo está orientado a revisar todas las medidas dirigidas hacia la prevención del tromboembolismo venoso, que se ponen en marcha en nuestro centro asistencial, con motivo de la atención a trabajadores mutualistas que han sufrido algún episodio de accidente de trabajo, y en la que se favorecen la aparición de factores de riesgo de dicha enfermedad. Realizaremos el rastreo y control de pacientes, que tras estar en situación de alta hospitalaria de la red del SNS, normalmente por asistencia de urgencias, demoran el contacto presencial de visita con nuestro servicio médico en el centro asistencial, produciendo una situación de riesgo adicional ⁴; y es por lo que surge la oportunidad de aportar continuidad asistencial en los cuidados de nuestros lesionados a nivel domiciliario: comprobación de disponibilidad de medicación, resolución de dudas...

Por otra parte, realizaremos una encuesta a nuestros lesionados con la intención de poder objetivar, nuestras sospechas sobre el insuficiente cumplimiento de algunos pacientes al seguimiento de la medicación antitrombótica, puesto que al ser la vía de administración de esta por inyección subcutánea en la región anatómica del abdomen provoca rechazo, fobia,..

Realizaremos una detección de posibles lesionados que, aunque a priori, no se incluyen en terapia con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), pudieran ser candidatos para incorporarlos a terapia antitrombótica, mediante la ponderación que aporta la Guía Pretemet 2007.

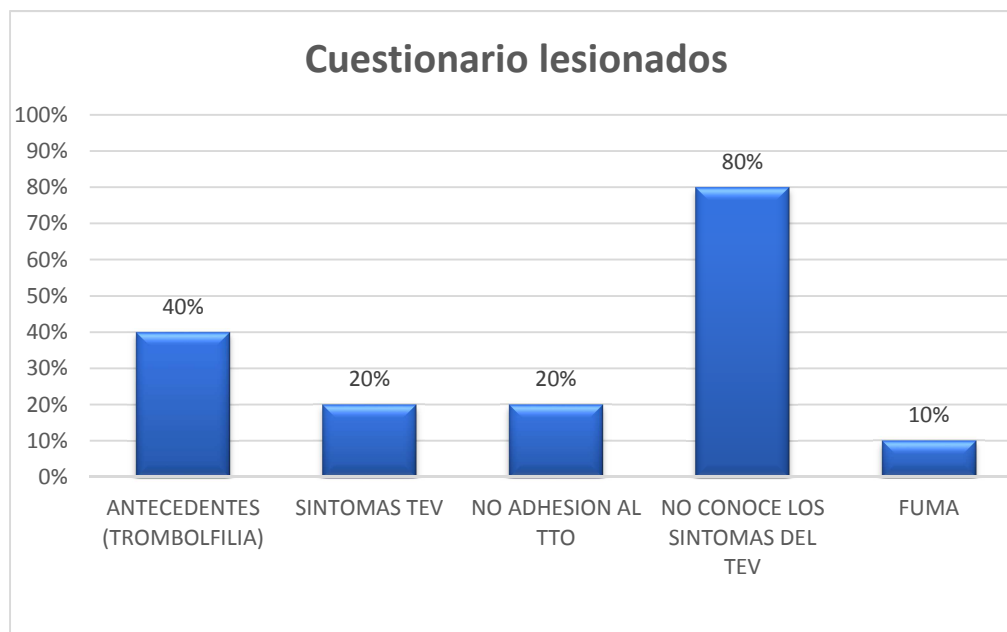
Por último, trabajaremos en el área educacional, motivacional y de prevención incrementando los conocimientos en reconocimientos de signos y síntomas, de enfermedades, desarrollo de habilidades en TIC y estimulación del autocuidado (control del peso).

4. Selección de la oportunidad de mejora.

Para realizar la elección de las oportunidades de mejora de este proyecto, tomamos como punto de partida, la segunda reunión del 2017 organizada por el grupo de referentes territoriales de enfermería, del cual formamos parte y que tiene como objetivo la mejora de la calidad percibida por el usuario. En dicha reunión se debatió sobre la preocupación que se ha instaurado en la organización a raíz de la aparición de casos con enfermedad tromboembolia, en pacientes en los que en principio no estaban estratificados como alto riesgo, y otros en los que, a pesar de estar clasificados como alto riesgo y tener instaurada una profilaxis tromboprolifáctica adecuada, han sido afectados de enfermedad tromboembólica.

Se decide consultar los datos del Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica (RIETE)⁵, dado que se trata de un registro observacional continuo, de múltiples centros sanitarios y de varios países, entre ellos España.

Para la **Identificación** de las oportunidades de mejora, hemos utilizado los resultados obtenidos en una Encuesta, que está compuesta por un sencillo "Cuestionario" ad hoc" (anexo 1), dirigido a los lesionados atendidos en nuestro centro asistencial durante el segundo trimestre del 2018, y que cumplieren el perfil de haber estado en tratamiento con medicación antitrombótica. A través de esta vía hemos pretendido obtener información cualitativa primaria de los pacientes, ya que incluyen aspectos subjetivos y de percepción sobre factores de riesgo y conocimiento de la enfermedad tromboembólica. El cuestionario incluye 5 apartados, con preguntas cerradas y respuestas, básicamente, dicotómica (SI/NO), con el objetivo de facilitar la codificación y tabulación de los datos obtenidos.



Tras analizar los resultados obtenidos, decidimos establecer una oportunidad de mejora orientada a aumentar los conocimientos sobre los signos y síntomas que pueden establecerse en cuadros de tromboembolismo venoso profundo y pulmonar, dado que tan solo un 20% de los pacientes refiere conocer la sintomatología que produce la enfermedad; otra oportunidad de mejora enfocada a la correcta identificación de un factor de riesgo en los pacientes de bastante importancia, como es el antecedente personal o familiar de trombofilia, y por último, para esta herramienta de identificación de oportunidad de mejora, incrementar la cobertura de terapia antitrombótica al 100% de los pacientes con riesgo elevado ETEV.

Por otra parte, decidimos repasar las historias clínicas de pacientes que han sufrido accidentes de trabajo clasificados como graves o muy graves, subsidiarios de incapacidades laborales permanentes a lo largo de los últimos 18 años en nuestro centro asistencial, encontrando dos casos claramente diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa, en concreto trombosis pulmonar masiva secundaria a politraumatismo y fractura de pelvis. Detectamos que en ambos casos la enfermedad sobreviene tras el alta hospitalaria que atendió en primera instancia al lesionado, y estando ya el paciente en régimen ambulatorio, por lo que viene a constatar que el riesgo de enfermedad TEV⁶, perdura tras el internamiento hospitalario, y es por lo que abre otra vía de oportunidad de mejora centrada, esta vez, en la continuidad asistencial a nivel domiciliario, una vez que el paciente pasa a régimen ambulatorio.

5. Objetivo de mejora.

Objetivo general

- Mejorar la calidad asistencial mediante abordaje de la seguridad del paciente, revisando y actualizando el protocolo que se aplica en pacientes inmovilizados y en tratamiento con terapia antitrombotica en nuestro centro asistencial.

Objetivos específicos

- Aumentar la cobertura de los protocolos de prevención tromboembólica al 100 % de los lesionados en riesgo.
- Ampliar los conocimientos sobre patología tromboembólica.
- Colaborar y motivar en el uso de las TICs
- Minimizar desplazamientos evitables para aclarar dudas de tratamientos.
- Detectar pacientes con factores de riesgos personales que hayan podido pasar por alto en la anamnesis clínica

6. Creación del equipo de mejora

El equipo de mejora estará compuesto por todo el personal de enfermería del centro asistencial (habitualmente dos enfermeros), y el médico responsable del departamento de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

7. Análisis de las causas

Para realizar el análisis de las causas hemos realizado en primera instancia una búsqueda bibliográfica, con el objetivo de identificar cual son las causas que provocan la enfermedad tromboembólica venosa, y encontramos como la fisiopatología de la enfermedad, se enmarca en la conocida como “Triada de Virchow “7, en la que tres grupos principales de causas son las que provocan la trombosis:

1. Lesión endotelial, es decir, alteración estructural del interior de los vasos sanguíneos.
2. Estados de hipercoagulabilidad, con aumento de la formación de trombos.
3. Estasis sanguínea, o lentitud en el flujo de la sangre.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS

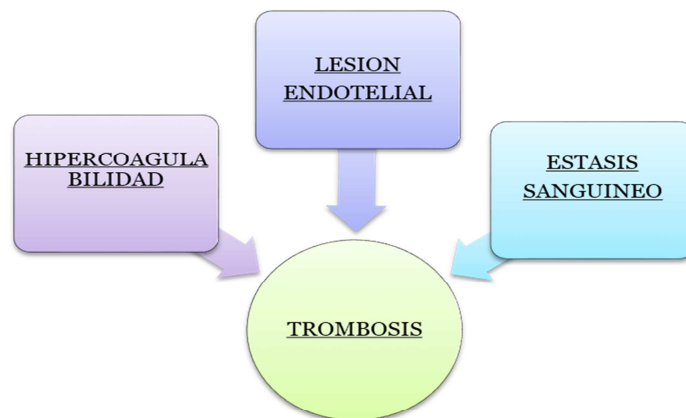


Figura2. Triada de Virchow.

A continuación, tras la identificación de las causas, comenzamos a realizar el análisis propiamente dicho de las causas, y para ello utilizaremos una herramienta cualitativa

como es Diagrama causa –efecto, o diagrama de Ishikawa (espina de pescado), que nos permitirá clasificar y estructurar las causas que conllevan al efecto (enfermedad TEV):

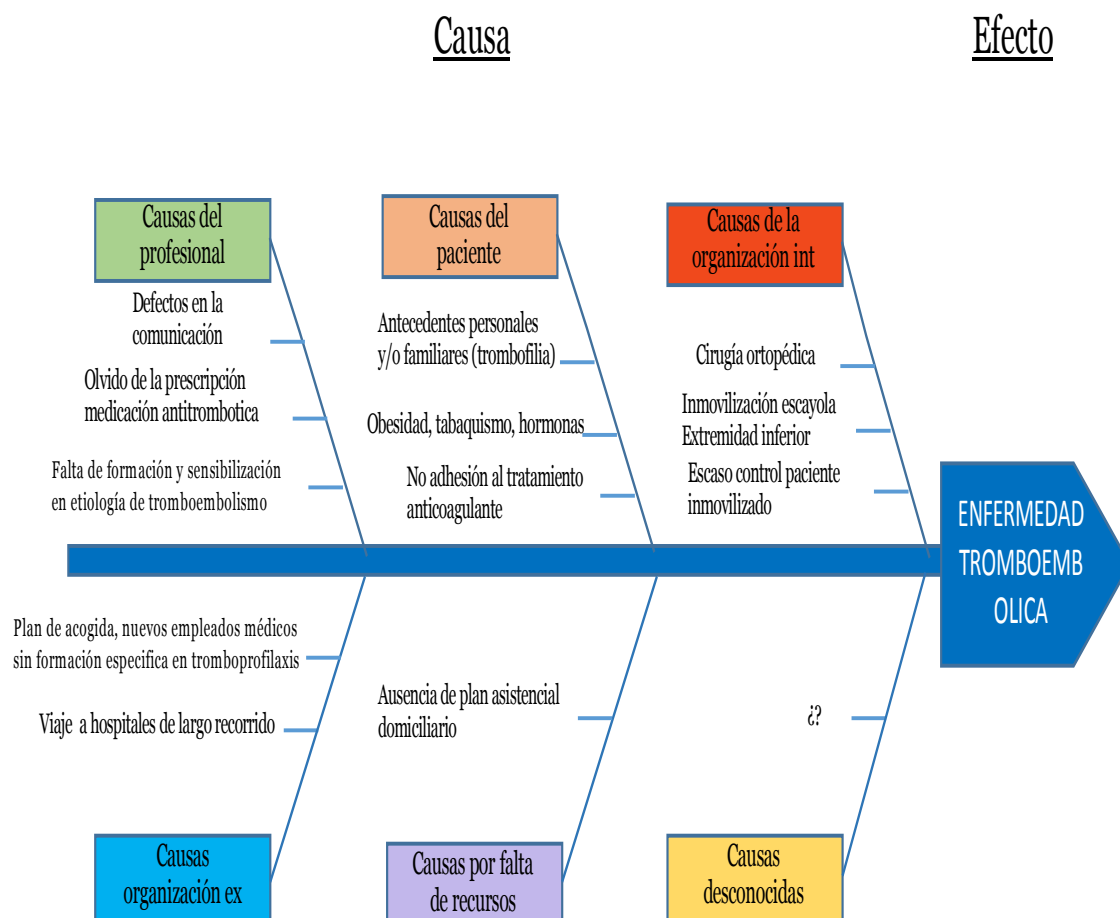


Figura3. Diagrama Causa-efecto.

Por último, dentro de este apartado, realizamos la priorización de las causas, con la intención de determinar cuáles son las que tienen más peso sobre la aparición de la enfermedad TEV. Debemos mencionar que existen causas que en el momento actual provocan enfermedad TEV espontánea o idiopática sin concurrencias de factores desencadenantes conocidos, y sobre las que no se podrán emprender planes de actuación. Para todas las demás causas abordables, usaremos como herramienta de priorización el Diagrama de Pareto, que nos proporcionará la jerarquización de las causas claves dentro de la aparición de la enfermedad.

Para ello, seleccionamos en un eje del diagrama de barras las causas, y en el otro eje se cuantifican la importancia; a continuación, se establece un diagrama lineal que suma las distintas frecuencias relativas hasta llegar al 100%.

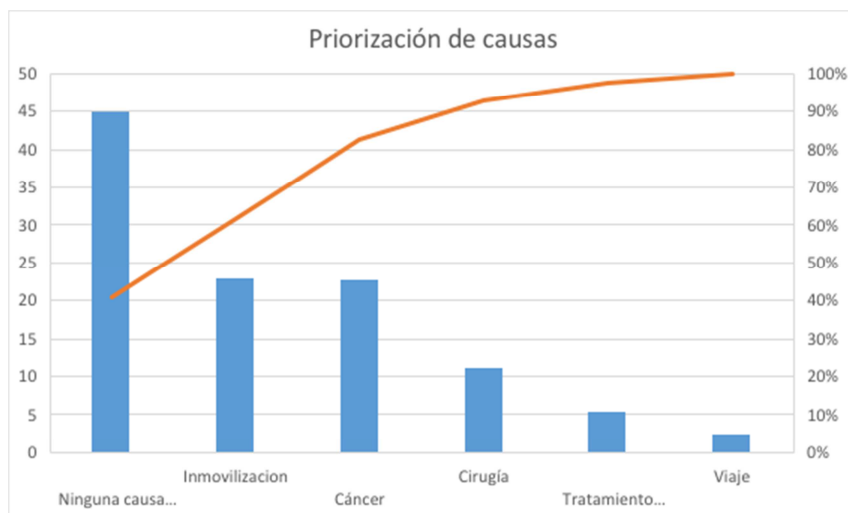


Figura 3. Diagrama de Pareto

Así, haremos una representación (Figura 3) sobre los datos disponibles en el registro RIETE hasta el 1 de junio 2018, con un total de 73.679 pacientes⁸.

Se observa como existen unas causas que arrojan mayor incidencia y que son abordables como las relacionadas con la inmovilización y cirugía; el cáncer en pocas ocasiones es una patología de origen laboral, y si lo fuese estaría el tratamiento y seguimiento del paciente estaría derivado a hospital concertado con la especialidad de oncología, y por último dos causas con menor incidencia, pero que serán también abordadas como son terapia hormonal en mujeres y viajes prolongados.

Por otra parte, hemos realizado la recogida de una serie de datos procedente de las historias clínicas de pacientes, incluidos en procedimientos quirúrgicos, y /o con tratamiento de inmovilización, somatometría, destacando que el índice de masa corporal por encima de 30, indica la existencia de obesidad (28 %), y por lo tanto un factor mas a tener en cuenta en cuanto a la estratificación del riesgo (Figura 4 y 5)

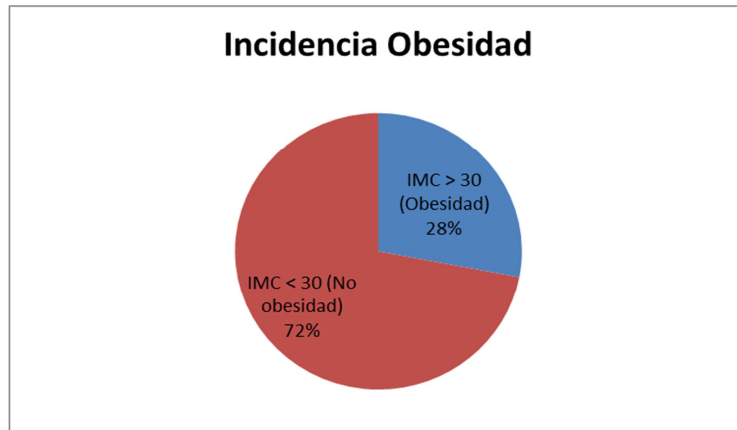


Figura 4. Prevalencia de obesidad

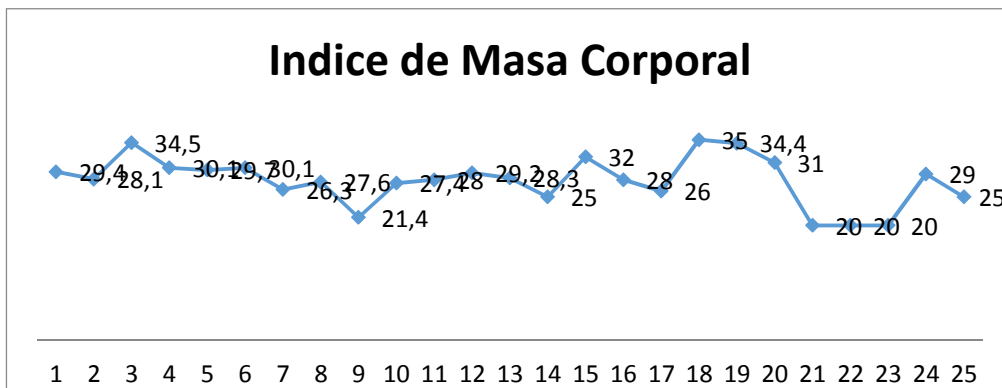


Figura5. Valor absoluto de IMC

8. Planificación de acciones de mejora.

En el planteamiento de las acciones de mejora utilizaremos como herramienta la Matriz de Verificación de Acciones de Mejora, dadas las causas abordables, se proponen acciones de mejora priorizadas.

CAUSA ORIGEN	ACCIONES DE MEJORA PRIORIZADA
Inmovilización (escayola /encamado)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el Control telefónico de pacientes domiciliarios a tres controles: 1º a las 48 h, 2º a la semana y 3º al mes <p>Responsable: Enfermero que realizo la inmovilización.</p>
Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar con paciente /cuidador principal (vía telefónica o mail), en cuanto el paciente este de alta hospitalaria, para asegurar la disponibilidad y seguimiento de tratamiento heparina, realizando charla informativa sobre los beneficios de la prevención tromboembólica, aunque el paciente no se haya atendido aún en el centro asistencial (casos de urgencias) mediante solicitud de datos personales a empresa o asesoría laboral. <p>Responsable: Enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrechar los seguimientos de

	<p>pacientes con cirugías de alto riesgo (Prótesis de rodilla)</p> <p>Programando control telefónico semanal en la agenda de enfermería, hasta finalizar periodo de riesgo trombogénico.</p> <p>Responsable: Enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una estratificación del riesgo de enfermedad TEV (Escala de Wells) previa a la cirugía de extremidad superior, puesto que este tipo de intervenciones quirúrgicas no incluye medicación tromboprolifática. Dejando el resultado de la Escala recogido en la historia clínica, dentro de valoraciones de enfermería. <p>Responsable: Enfermería y médico asistencial en caso de riesgo elevado.</p>
<p>Trombofilia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Detección de factores personales heredados (disfibrinogenemia) y / o adquiridos (tratamiento hormonal), realizando revisión de analíticas de coagulación preoperatoria en la historia clínica, y en caso positivo, registrar en los antecedentes personales y comunicar al médico. <p>Responsable: Médico y Enfermería.</p>

CAUSA ORIGEN	ACCIONES DE MEJORA PRIORIZADA
No adhesión a tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • En las sucesivas visitas para curas locales, revisiones de inmovilización...fomentaremos la escucha activa para detectar posibles causas por las que no se concilie el seguimiento de la medicación antitrombótica. Responsable: Enfermería. • Motivar, animar a hacer uso de las nuevas tecnologías de la comunicación (apps) de “pastillero electrónico” Responsable: Enfermería.
Reconocimiento de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza y educación para la salud, de los signos y síntomas que se desencadenan en la enfermedad TEV. Responsable: Enfermería.
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Calculo del IMC, y en caso de ser mayor de 30, facilitar folleto con dieta hipocalórica 1500 kcal /día, control del peso mensual para control y evolución de este. Responsable: Enfermería.

9. Indicadores.

A continuación, vamos a definir los indicadores que nos permitirán, mediante su cálculo, la monitorización y evaluación de las acciones de mejora que se proponen en este proyecto.

El tipo de indicador ⁹ escogido es el de resultado, puesto que en todos ellos se realiza una medición de la actividad asistencial realizada a pacientes.

1º. PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN HOSPITALES NO CORPORATIVOS QUE SIGUEN MEDICACION ANTITROMBOTICA EN DOMICLIO.

Formula	Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente en hospitales no corporativos en situación de alta hospitalaria, que refiere administrarse la medicación antitrombótica x 100 /Nº total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en hospitales no corporativos en situación de alta hospitalaria.
Tipo y periodo.	Proceso, trimestral.
Justificación	Se cuantificarán que porcentaje de pacientes en situación de alto riesgo de ETE, como son las cirugías de prótesis de rodilla/cadera realizadas en hospitales no corporativos (generalmente por urgencias atendidas en hospitales del SNS) y por lo tanto sin control inicial por parte del servicio medico de la mutua, concilian el tratamiento tromboproláctico, mediante control telefónico confirmando disponibilidad de la medicación y correcta administración de esta.

2º. PACIENTES INMOVILIZADOS DURANTE MAS DE 3 DIAS CON PRESCRIPCION FACULTATIVA DE MEDICACION ANTITROMBOTICA.

Formula	Nº de pacientes inmovilizados más de tres días que presenten prescripción de medicación antitrombótica en la historia clínica x 100/ Total de pacientes inmovilizados durante más de tres días.
Tipo y periodo	Proceso, mensual.
Justificación	Se podrá evaluar qué porcentaje de pacientes con

	inmovilización > a 3 días reciben medicación antitrombótica.
--	--

3º. PACIENTES CON CIRUGIA PROGRAMADA NO TROMBOGENICA A LOS QUE SE LE REALIZARA EVALUACION DEL RIESGO DOCUMENTADA EN HISTORIA

Formula	Nº de escalas de valoración del riesgo ETE realizadas en Historia Clínica a pacientes con intervención quirúrgica no trombogénica x 100 / Total de pacientes con intervención quirúrgica no trombogénica.
Tipo y periodo	Proceso, trimestral.
Justificación	Se realiza una estratificación del riesgo ETE en pacientes que van a ser sometidos a cirugías, que a priori, no tienen consideración de ser trombogénicas, pero que por factores personales del paciente pudieran considerarse de riesgo.

CLINICA.

4º. CUADRO DE MANDO DESCARGAS APP CORPORATIVAS

Formula	Nº de pacientes que se realizo la descarga de la app x 100 / Nº de pacientes en tratamiento con heparina.
Tipo y periodo	Proceso, semestral.
Justificación	Se cuantificarán el porcentaje de pacientes con factores de riesgo de tromboembolismo que se han descargado la app de recordatorio de medicación.

5º. ENCUESTA DE RECONOCIMIENTOS DE SIGNOS Y SINTOMAS ETE.

Formula	Nº de pacientes que responde a un 66 % de preguntas de la encuesta correctamente x 100 / Nº total de pacientes encuestados.
Tipo y periodo	Positivo, semestral.
Justificación	Se analizará si el lesionado adquiere la habilidad del reconocimiento de signos y síntomas de la enfermedad tromboembólica y su prevención.

10. Implantación de las acciones de mejora.

Con el objeto de garantizar el éxito de las acciones de mejora, gestionaremos una primera acción orientada a fidelizar el compromiso con el proyecto de mejora, no solo con el equipo técnico, sino también con la dirección del centro asistencial, convocándolos a todos en un *Briefing*, al inicio de la jornada de trabajo, exponiendo los datos disponibles de la evolución de la incidencia de la ETE, y de su morbimortalidad, tanto a nivel nacional, como a nivel organizativo. Recordemos que el *Briefing*, es una sesión breve sobre seguridad, que nos proporcionará aumentar la sensibilidad sobre la seguridad del paciente, en el tema que nos ocupa de la prevención de la ETE.

En segunda acción, se realizará una breve exposición formativa, dirigida al equipo sanitario donde se haga un repaso sobre la fisiopatología de la ETE, el uso de nuevos anticoagulantes, dosificaciones, simulación de descarga de la web corporativa de la app con el “pastillero electrónico” y el manejo de las Escalas de estratificación del riesgo de ETE. Terminada la exposición se enviará vía e-mail, copia de la documentación de la exposición, para afianzar más el aprendizaje por parte del equipo sanitario.

Por último, confirmaremos la disponibilidad de los recursos materiales: báscula y tallmetro para la determinación del IMC, folletos con la descripción grafica de la autoadministración de la heparina por vía subcutánea, dieta estándar de 1500 kcal/día, escáner y tablets, y los recursos materiales que estarán centrados básicamente en el personal de enfermería y medico asistencial.

Con respecto a la Tratamiento de las Resistencias hemos realizado un Análisis de campos de fuerza, y cuyo diagrama quedaría de la siguiente forma:

FUERZAS A FAVOR / AYUDAS	FUERZAS EN CONTRA / BARRERAS
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de reunión de seguridad del paciente tipo Briefing. • Monitorización de indicadores. • Fuente de datos epidemiológicos del registro RIETE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo para ejecutar las mejoras • Desconocimiento por parte del personal de enfermería de la Escala de estratificación del riesgo ETE
ESTRATEGIA PARA REFORZAR LAS AYUDAS	ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS BARRERAS
<ul style="list-style-type: none"> • Enviar vía mail corporativo acta de 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar las acciones de

<p>la sesión mantenida</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una presentación de la monitorización estadística de los indicadores cada tres meses de las acciones de mejora realizadas. 	<p>mejora utilizando la agenda de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicar ejemplos de casos a los que se les haya realizado la escala de valoración previamente.
--	--

A continuación, adjuntamos el Desarrollo del Plan de Acción:

Primera Acción

Acción de mejora Priorizada	Incorporación del paciente a la prevención tromboembólica farmacológica con la administración de la heparina subcutánea.
Actividad	Atención de los lesionados que estén inmovilizados (enyesados, encamados, traumas...) en el momento de la consulta en el centro asistencial comunicando el procedimiento de autoadministración de la medicación y / o contacto telefónico con el lesionado que no haya sido visitado, pero que se tenga constancia que está en las mismas circunstancias a nivel domiciliario. Resolver dudas. Detectar pacientes con baja conciliación al tratamiento inyectable.
Calendario	En el momento en el que se incluye al lesionado en prevención tromboembólica medicamentosa, y a partir de junio 2018.
Responsable	Enfermería
Recursos	Medicación antitrombótica, folleto y tablets para poder visualizar video explicativo de la autoadministración de la técnica de pinchazo
Indicador	Indicador 2º

Segunda Acción

Acción de mejora Priorizada	Seguimiento de lesionados con cirugías traumatológicas de alto riesgo (Prótesis de rodilla, cadera, fractura de pelvis...)
Actividad	Revisión en la historia clínica del área de prescripción asistida de las recetas creadas, haciendo recuento del número de unidades de inyectables prescritos, que debe coincidir con la indicación del cirujano ortopédico, normalmente pueden llegar a ser más de 30 días de prescripción en este tipo de cirugías.
Calendario	Todas las semanas desde el alta hospitalaria, y hasta finalizada la indicación de tratamiento, a partir de junio 2018.
Responsable	Enfermería.
Recursos	Historia clínica.
Indicador	Indicador 1º.

Tercera acción

Acción de mejora Priorizada	Detección de pacientes de alto riesgo con previsión de cirugía, que no están incluidos en prevención tromboembólica.
Actividad	Realizar estratificación del riesgo de ETE según la Escala PRETEMED 2007, mediante entrevista, para identificar posibles candidatos a incluir en prevención tromboembólica.
Calendario	A partir de disponer de indicación quirúrgica, iniciando en julio 2018.
Responsable	Enfermería/Médico asistencial.
Recursos	Historia clínica (revisión de analíticas de coagulación), datos obtenidos en la entrevista...
Indicador	Indicador 3º.

Cuarta acción

Acción de mejora Priorizada	Conciliación del tratamiento antitrombótico
Actividad	Motivar a la conciliación del tratamiento antitrombótico, en lesionados con reservas a la hora de auto administrar la inyección, por miedo, aprehensión, olvidos...manteniendo escucha activa y resolviendo dudas. Colaborar en la descarga de la app pastillero electrónico Para tablets y Smartphone Facilitar enlaces para poder visualizar videos demostrativos de como autoadministrarse la medicación.
Calendario	En el primer contacto con el paciente, a partir de septiembre 2018
Responsable	Enfermería.
Recursos	Wifi corporativo
Indicador	Estadística de cuadro de mando.

Quinta acción

Acción de mejora Priorizada	Reconocimiento de signos y síntomas de la ETE
Actividad	Explicar en términos sencillos, mediante una buena comunicación, cuáles serían los síntomas que se producen en caso de ETE, para que el lesionado pudiese reconocer precozmente dicha situación, ya que en numerosas ocasiones pasan desapercibidas.
Calendario	En el primer contacto con el paciente, a partir de septiembre 2018
Responsable	Enfermería.
Recursos	Historia clínica (revisión de analíticas de coagulación), datos obtenidos en la entrevista...
Indicador	Encuesta

11. Monitorización.

A continuación, para cerciorarnos de que las acciones de mejora de nuestro proyecto se han integrado en la práctica habitual de trabajo, sin que exista variaciones en los procedimientos y que los resultados que se obtengan sean mejores de los que se disponían, realizaremos la monitorización de los indicadores anteriormente expuestos, y además les adjudicaremos un estándar mínimo de calidad, una periodicidad y unos responsables. Se detallan en la siguiente tabla:

Indicador	Estándar	Periodicidad	Responsable
1º. PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN HOSPITALES NO CORPORATIVOS QUE SIGUEN MEDICACION ANTITROMBOTICA EN DOMICLIO.	100 %	TRIMESTRAL	ENFERMERO RESPONSABLE DEL PROYECTO
2º. PACIENTES INMOVILIZADOS DURANTE MAS DE 3 DIAS CON PRESCRIPCION FACULTATIVA DE MEDICACION ANTITROMBOTICA.	100 %	MENSUAL	ENFERMERO RESPONSABLE DEL PROYECTO
3º. PACIENTES CON CIRUGIA PROGRAMADA NO TROMBOGENICA A LOS QUE SE LE REALIZARA EVALUACION DEL RIESGO DOCUMENTADO EN HISTORIA CLINICA	80%	TRIMESTRAL	ENFERMERO RESPONSABLE DEL PROYECTO

4º. CUADRO DE MANDO DESCARGAS APP CORPORATIVAS	50%	SEMESTRAL	DEPARTAMENT O DE TECNOLOGIA PARA LA COMUNICACIO N
5º. ENCUESTA RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS ETE	80%	SEMESTRAL	ENFERMERO RESPONSABLE DEL PROYECTO

A partir del primer trimestre se realizará exposición de los datos obtenidos, que se irán incorporando a un archivo Excel, en series de gráficos para facilitar la comprensión del alcance en los estándares establecidos, y que realizarán la función de feedback, en otra sesión tipo Briefing.

12. Conclusiones.

La conciencia y cultura de seguridad del paciente sigue siendo uno de los escenarios donde se abren multitud de vías de mejora, sobre todo en cuanto a la instauración de prácticas con demostrada efectividad en la prevención y gestión del riesgo. En esta ocasión hemos querido realizar una revisión de los protocolos que están implantados, en nuestra organización, en el ámbito de la prevención tromboembólica, y se han implementado una serie de acciones que nos proveerán de una disminución de la diferencia entre lo que realmente ocurre y lo que desearíamos que ocurriese. Un dato importante radica en la en la recogida sobre la información referente al cumplimiento del tratamiento antitrombótico, donde encontramos que un porcentaje (20%) de pacientes no cumple fielmente la prescripción médica del tratamiento antitrombótico, por lo que abre una brecha hacia la auto desprotección, tal vez como consecuencia de la falta de conocimiento y sensibilidad ante los peligros de sufrir ETE. Varias acciones de mejora de este proyecto están orientadas a intentar erradicar esta situación tanto cuantitativamente por el estrechamiento en el seguimiento y control de pacientes de alto riesgo, incrementando el número de valoraciones, incluyendo la ponderación del riesgo con las Escala Pretemed y acciones preventivas como cualitativamente al introducir el refuerzo educativo para la salud sobre la enfermedad y como prevenirla.

Por otra parte, la incorporación de nuevo personal sanitario a la organización, con posibles déficits de conocimiento en la incidencia que arroja la inmovilización como factor causal de ETE, hace necesario el desarrollar un plan de defensa para que la cobertura de la prevención tromboembólica alcance a la totalidad de nuestro lesionados sin excepción.

Por último, nos ha parecido interesante el hecho de incorporar herramientas digitales en este proyecto, tales como el uso de Tablets en el adiestramiento de tratamientos a los pacientes, y las apps para Smartphone con el uso del Pastillero digital para evitar olvidos innecesarios que pudieran poner en juego la vida de nuestros lesionados.

13. Bibliografía.

1. Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Rio C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols.
Guía PRETEMED- 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología medica. Córdoba: SADEMI, 2007.
2. Estudio sobre la enfermedad tromboembólica venosa en España Grupo de tromboembolismo Sociedad española de Medicina interna [Internet] Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/estudio-etv.pdf>
3. Patient Safety Data System un the OECD A report of a Joint Irish Department of Health DELSA/HEA/HCQ (2007) Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria
4. Seth.es (Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia) [Internet] Nota de prensa 13 de octubre, Día Mundial de la Trombosis.2017. [Citado 28/5/2018] Disponible en <https://www.seth.es/index.php/noticias/noticias/notas-de-prensa/1180-13-de-octubre-dia-mundial-de-la-trombosis.html>
5. Riete.org (Registro informatizado de pacientes con Enfermedad Tromboembólica) Citado 18/4/2018] Disponible en <https://www.riete.org/info/general/index.php>
6. Prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes ambulatorios con patología medica. Formación Continuada Guía de Buena Practica Clínica Medicina de Familia SEMERGEN 10 de marzo 2010 J.E. Carrasco, J. Polo y S. Díaz.
www.elsevier.es/semergen
7. Raúl Altman y Héctor Lucas Luciardi. Los nuevos anticoagulantes. Tromboembolismo Venoso-Fibrilación Auricular. Argentina. Editorial Akadia.2015.
8. Trombo.info [Internet] [Citado 1 junio 2018] Disponible en: <https://trombo.info/factores-de-riesgo/cirugía-y-etv/>
9. Indicadores de Calidad para Hospitales del SNS Citado 9 junio 2018] España. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>

ANEXO 1. Encuesta realizada a lesionados.

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO TROMBOGENICO

¿En alguna ocasión ha padecido usted o familiares cercanos, problemas circulatorios tales como trombosis, tromboflebitis y/o embolias?

SI NO

¿Ha sentido en alguna ocasión, durante su proceso de curación, dolor importante, inflamación (hinchazón), enrojecimiento y/o calor en la pierna lesionada?

SI NO

¿Alguna vez, ha dejado de administrarse la inyección que se ‘pincha en la barriga’, por olvido, por haberse acabado la medicación...?

SI ALGUNA VEZ VARIAS VECES NO NUNCA

¿Conoce los síntomas que se producen en las personas que padecen trombosis venosas?

SI NO

¿Fuma habitualmente?

SI NO

ANEXO 2 Guía Pretemed 2007

Ponderación ajustada: (pesos)			
	1	2	3
Procesos precipitantes	Embarazo/puerperio* Viajes en avión > 6 horas	EII activa Infección aguda grave IC clase III Neoplasia	ACVA (parálisis MM II) EPOC (descompensación) IAM, IC clase IV Mieloma con QT ^d Traumatismo MM II (sin CX)
Procesos asociados	DM Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MM II TVS previa	S. nefrótico Trombofilia ^b TVP previa ^c Vasculitis (Beçhet/Wegener)	<p style="text-align: center;">GUÍA PRETEMED 2007</p> <p>RA = procesos precipitantes (gris) + Otras circunstancias de riesgo (negro)</p>
Fármacos	ACH, THS Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores aromatasa Tamoxifeno, Raloxileno	Quimioterapia	
Otros	Catéter venoso central Edad > 60 años Obesidad (IMC > 28) Tabaquismo > 35 c/d	Encamamiento > 4 ds	
Riesgo ajustado	Recomendación		
1-3	Considerar uso de medicinas físicas		
4	Se sugiere HBPM		
>4	Se recomienda HBPM		

Aplicar solo si al menos existe un proceso gris o un proceso asociado con peso ≥ 2

14. CURRICULUM VITAE

JOSE MIGUEL CASTILLO RIOJA

C/ Brunete nº8 2º A cp. 11007 Cádiz

Teléfono. 617525744

Email: josemcastillo73@gmail.com

Fecha de nacimiento: 11/12/1973



FORMACION ACADEMICA

- DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA
E.U.E. Salus Infirmorum, Universidad de Cádiz 1993-96.
- CERTIFICADO DE APTITUD PEDAGOGICA.
Instituto de ciencias de la educación. Universidad de Cádiz 1998.
- DIPLOMA DE ENFERMERIA DE EMPRESA
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo 1999.
- ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DEL TRABAJO
Ministerio de Educación 2010.

EXPERIENCIA LABORAL

- ASEPEYO, Mutua de Accidentes de trabajo de la seguridad social nº151
desde 2000.
Áreas: Enfermero de centro asistencial y Enfermero referente de
Andalucía Occidental desde 2017.

FORMACION COMPLEMENTARIA

- Curso Herramientas de comunicación Científica (Universidad Pompeu Fabra) 2017
- Heridas, quemaduras y otras situaciones de Urgencias (Hospital monográfico de Asepeyo Coslada 2004)
- Suturas y Reparación de Heridas (Escuela de ciencias de la salud 2001)
- Operador de rayos x (Infocitec 2000)
- Normativa y Prevención de Riesgos Laborales (SIT 1998)
- Atención de Enfermería en el Área Quirúrgica (Escuela de ciencia de la salud Complutense 1997)
- La Enfermería ante las Emergencia y las Catástrofes (Escuela de ciencia de la salud Complutense 1996)