

# EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y DISMINUCIÓN DE LESIONES DERIVADAS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

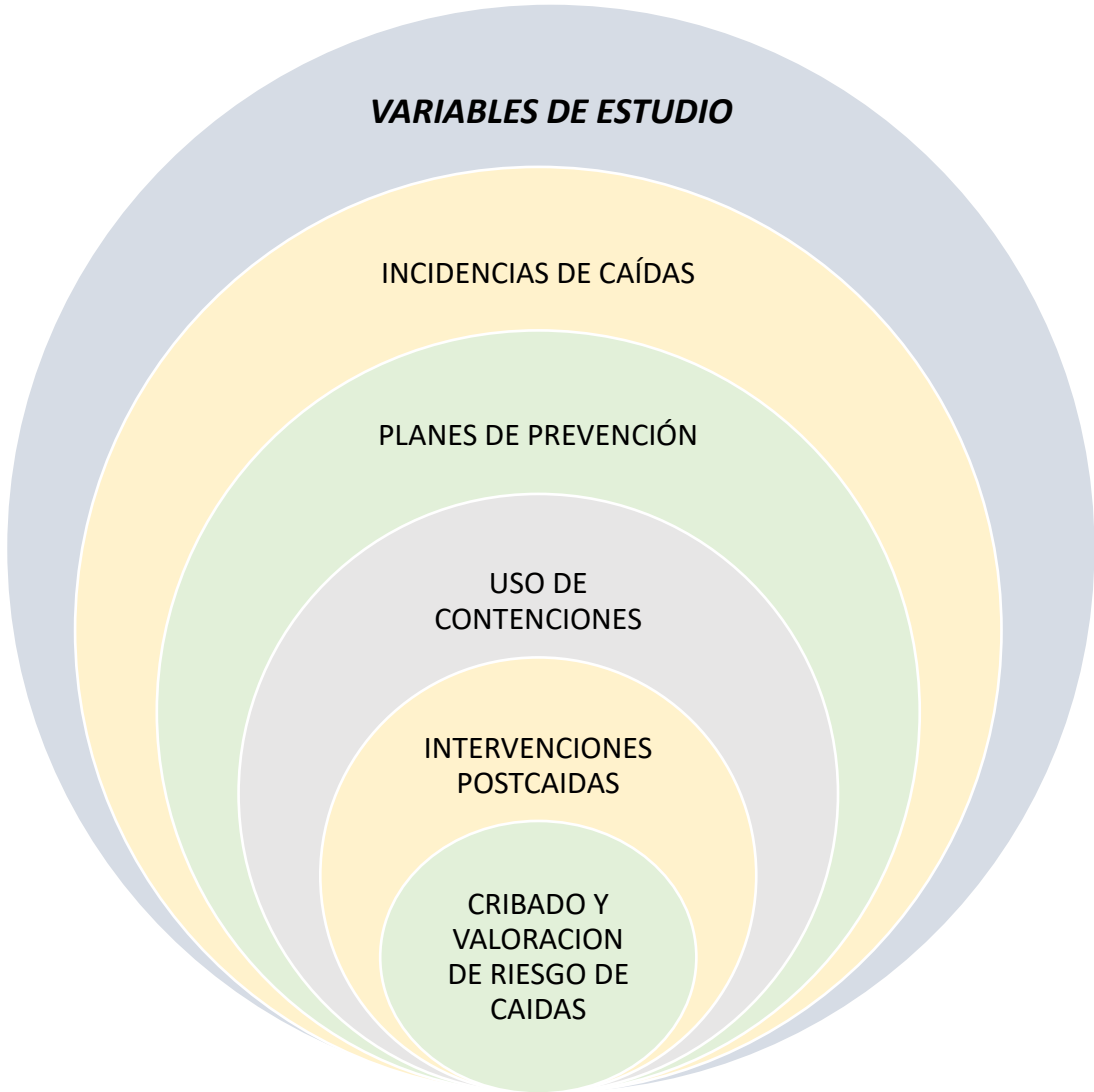
AUTORES: Nuria Jiménez Lagares, María Bujosa Taylor, Leonor Llabres Niell, Ana Mercedes Sánchez Fernández, Francisca Pozo Rodríguez



## OBJETIVO

- Analizar la evolución en el proceso de implementación de las recomendaciones de la guía de Prevención de caídas y disminución de las lesiones derivadas de la Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO), en un hospital de atención intermedia.

## MÉTODO



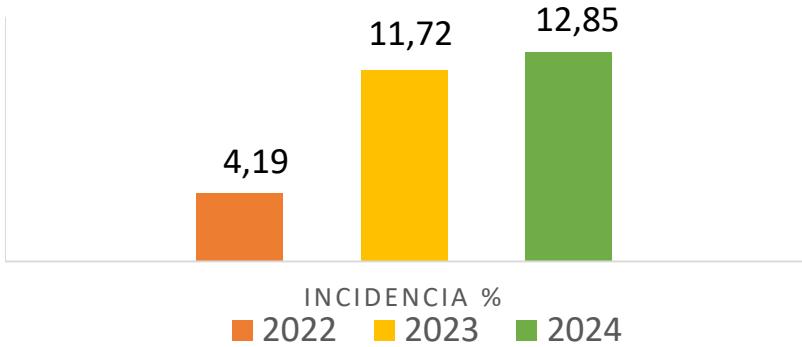
## CONCLUSIONES

- La implantación de la guía ha mejorado de forma progresiva la práctica enfermera, especialmente en la valoración del riesgo y el cribado, contribuyendo a una mayor calidad y continuidad asistencial.
- Persisten áreas de mejora en la elaboración de planes preventivos individualizados y en la intervención post- caídas. Estos aspectos podrían estar influenciados por la alta rotación de personal eventual y la falta de estabilización de las plantillas.
- En cuanto al uso de contenciones, los datos invitan a una reflexión ética sobre su uso, fomentando un equilibrio entre la seguridad y el respeto a la autonomía del paciente.

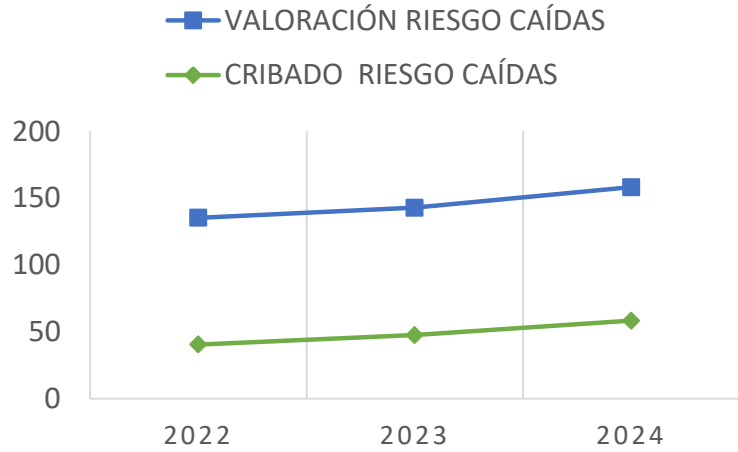
## RESULTADOS

- **Incidencia de caídas (2022–2024)**  
La incidencia de caídas mostró un incremento progresivo a lo largo del periodo analizado

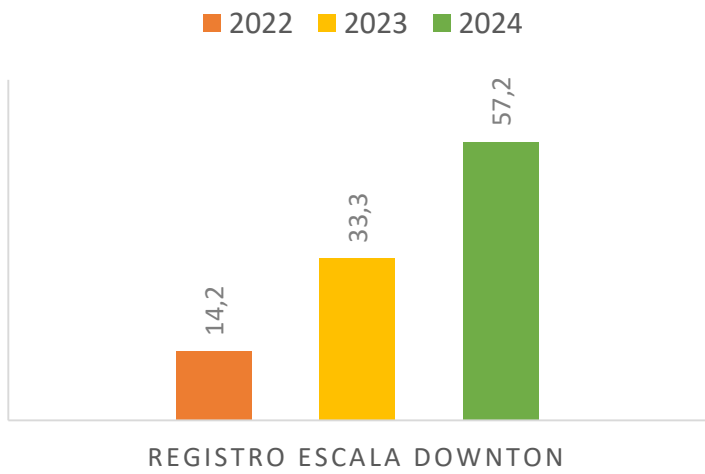
INCIDENCIA DE CAÍDAS POR AÑO



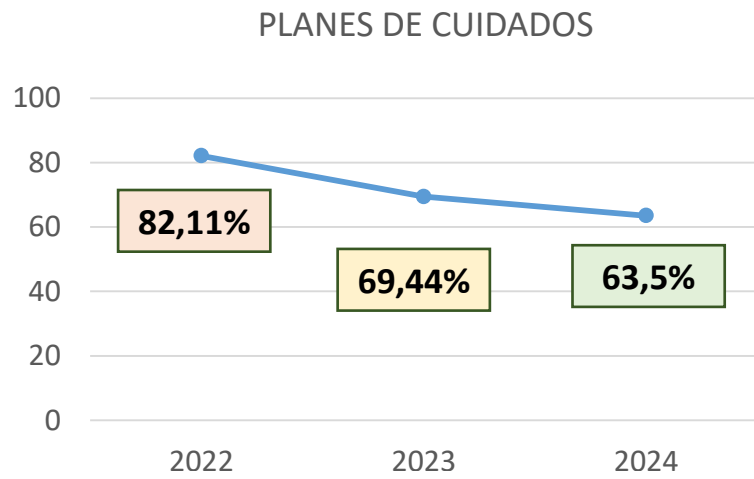
- **Cribado y valoración del riesgo de caídas**  
Se observó una mejora significativa:



- **Registro de intervención post-caída**  
Aunque el registro ha mejorado, sigue siendo limitado:

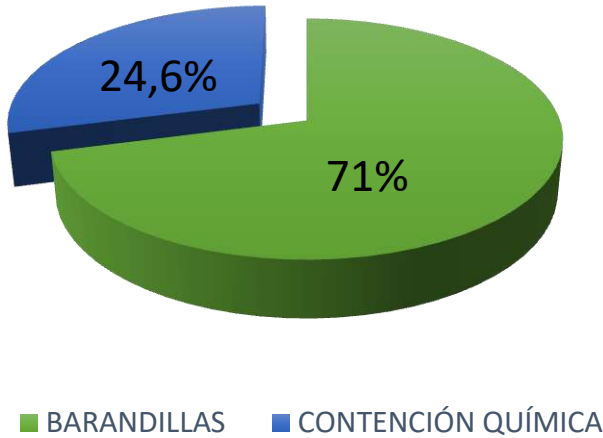


- **Implementación de planes de prevención**  
Se evidenció una disminución progresiva en la implementación de planes:



- **El uso de contenciones**  
se mantiene elevado, con un **86.47%** de los casos analizados.

DISTRIBUCIÓN TIPO DE CONTENCIÓN



# “Promoviendo la Seguridad y Prevención de Caídas en Pacientes”

## Autores

Hernández Hernández, C.N., González de Sancho A., Rizo Vega J. M., Rosales Hernández A. A., Trejo Morales N., Estupiñan Guedes M.

## Introducción

La seguridad del paciente (SP) constituye un eje prioritario en la atención sanitaria (1). La implementación de Buenas Prácticas BPSO ha permitido desarrollar estrategias efectivas para la prevención de caídas y lesiones por presión. Ambas líneas de trabajo comparten un enfoque centrado en la evaluación precoz, mejora continua de procedimientos y promoción de una cultura de cuidado segura y basada en la evidencia (2).



## Metodología

### Prevención de caídas:

- Actualización de procedimientos institucionales y desarrollo de material educativo en formato infografía (“Entornos seguros: Evitemos las caídas”), distribuido en formato digital e impreso en el hospital.
- Se fortaleció la colaboración con fisioterapeutas y AP.

### Prevención de lesiones por presión:

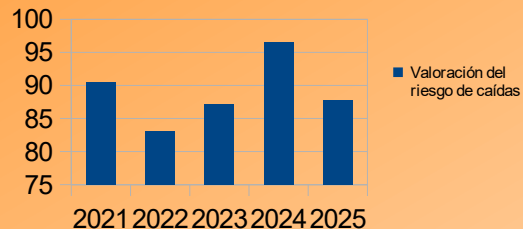
- Incorporación del programa Medipvitals, permite valoración y registro inmediato en HCe.
- Área quirúrgica: se implementó un checklist pre y postoperatorio del estado de la piel y se introdujo material de espuma de alta densidad en las mesas quirúrgicas.

## Prevención de Caídas y Lesiones por Presión

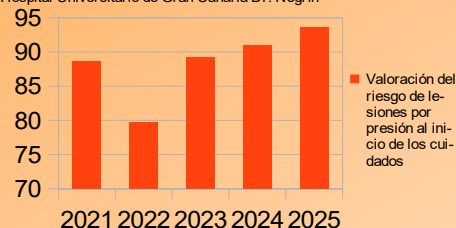


## Resultados

% Valoración Riesgo Caídas  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



% Valoración Riesgo Lesiones por Presión  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



## Conclusiones

La integración de estas buenas prácticas ha demostrado ser efectiva para fortalecer la SP. La experiencia, evidencia la importancia de la evaluación sistemática, el trabajo interdisciplinar y la incorporación de tecnología y recursos adecuados, promoviendo un cambio cultural en el personal sanitario, orientado a la reevaluación continua y a la implementación de prácticas basadas en la evidencia replicables.



## Bibliografía

- 1-dos Santos-Bezerril Manacés, Gonçalves-da Costa Maria Eduarda, Lima-Freire Vanessa de Araújo, Belmiro-Andrade Fernanda, Tavares-Chiavone Flávia Barreto, Pereira-Santos Viviane Euzébia. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. Enferm. glob. [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 24]; 21( 67 ): 376-408. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412022000300376&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000300376&Ing=es). Epub 19-Sep-2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.503031>.
- 2-Bocos-Reglero María Jesús, Torres-Alaminos María Angustias. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario [evidencia comentada]. Ene. [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 24]; 17( 2 ): 0001. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2023000200011&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200011&Ing=es). Epub 22-Ene-2024.

# Caracterización de caídas en pacientes mayores

Utilidad del registro sistemático: un enfoque desde la enfermería geriátrica.

Juana Rosa García Caraballo, Lourdes Santana Martínez, Sandra Isabel Morales González y María José Montilla Fernández

2025 Cumbre Global BPSO

23 al 25 de septiembre de 2025



## OBJETIVO:

Analizar la incidencia, características y consecuencias de las caídas en pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Insular de Lanzarote durante el año 2024, con el fin de generar evidencia para futuras estrategias de mejora.

## PUNTOS PRINCIPALES:

- Evaluar la cobertura y resultados de la valoración del riesgo de caídas al ingreso hospitalario.
- Determinar la incidencia de caídas durante el ingreso.
- Identificar caídas que causaron lesiones además de la gravedad y persistencia de los mismos.
- Recopilar datos generales para su análisis inmediato y su posterior comparativa.

## MÉTODO Y RESULTADOS:

Estudio observacional transversal y retrospectivo sobre una muestra de 458 pacientes ingresados en la Unidad de Agudos Geriátrica (UGA) del Hospital Insular de Lanzarote realizado durante el año 2024, tras la implantación de la Guía Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas (BPSO).

La estancia media de los pacientes ingresados en la UGA durante el año 2024 fue de 16 días con una edad media de 85,82 años.

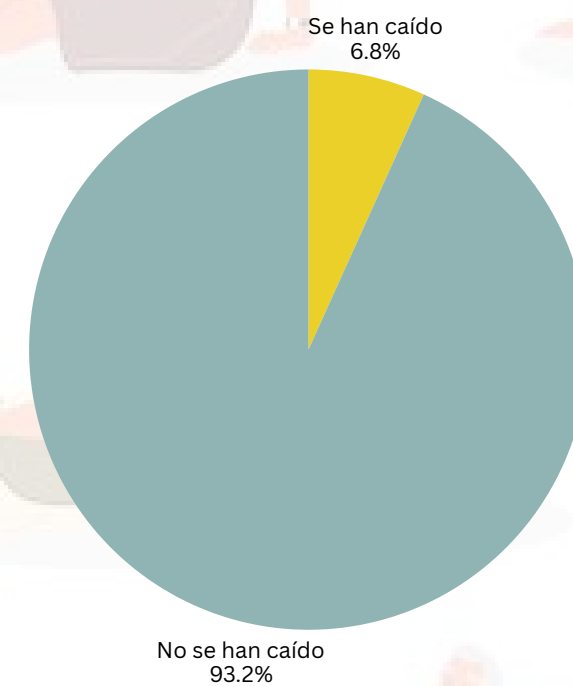
Se realizó cribado de riesgo de caídas al 82,28% (n=458) aplicándose la escala de valoración Dowton.

## CONCLUSIONES:

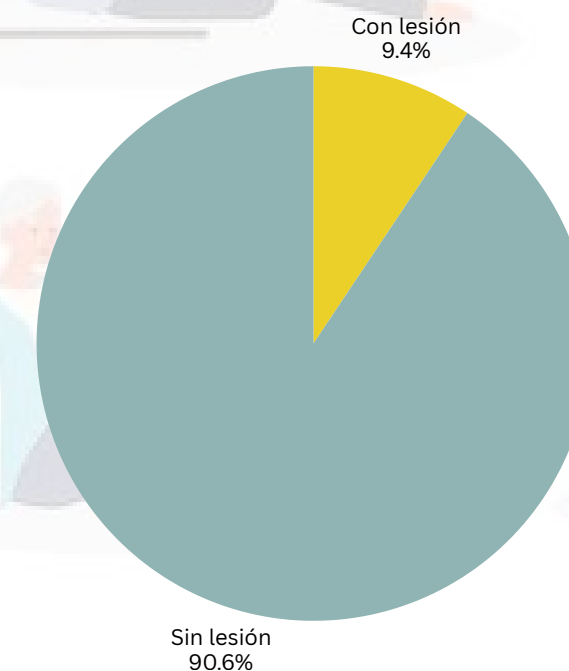
Los datos recopilados subrayan la importancia de la implementación rigurosa de la Guía de Prevención de las caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas (BPSO). Poniendo en valor la labor enfermera en la cumplimentación correcta del registro de caídas para caracterizar el riesgo y, en un futuro, identificar debilidades y promover estrategias de mejora.

Los resultados permiten visualizar los beneficios de seguir estas buenas prácticas estandarizadas, así como resaltar el papel de la enfermería en la calidad del dato y la correcta implementación sistemática del registro lo que facilita el diseño de procedimientos y planes de prevención.

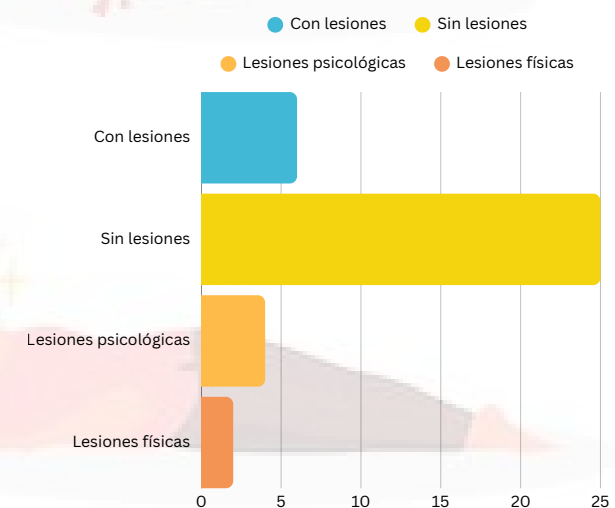
### Pacientes que han sufrido caídas:



### Caídas con lesiones:



### Tipos de lesiones:





# ACOGIDA Y RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL DISCO DE TRANSFERENCIAS EN BPSO PREVENCIÓN DE CAÍDAS



FELICIDAD RUIZ DE VILLA MUNUA\*, ERICA RIESGO ÁLVAREZ\*\* Y CONCEPCIÓN PÉREZ CASTRO\*\*\*  
TERAPEUTA OCUPACIONAL\* Y FISIOTERAPEUTAS\*\* HOSPITAL SIERRALLANA Y ATT. PRIMARIA \*\*\*  
[FELICIDAD.RUIZDEVILLA@SCSALUD.ES](mailto:FELICIDAD.RUIZDEVILLA@SCSALUD.ES) TORRELAVEGA (CANTABRIA)



## INDICADO PARA...

Pacientes que pueden hacer carga en sus pies y mantener el equilibrio, teniendo dificultades para hacer los giros.

## ¿QUÉ ES?

Producto de apoyo que facilita los giros en la transferencia de sentado a sentado, disminuyendo las lesiones en el personal que realiza movilizaciones y reduce las posibilidades de caída.



## METODOLOGÍA

El grupo de trabajo BPSO Caídas, del Hospital Sierrallana, realiza en 2024 una propuesta de implantación consistente en hacer varias sesiones magistrales express con apoyo audiovisual y formación práctica por parte de la terapeuta ocupacional, abiertas a todo el personal. Además de estas sesiones de 30 minutos, se realizó una “puesta en marcha” durante 21 días en una unidad de planta, para después desarrollarlo en el resto del hospital. En octubre se retoman las sesiones ampliándolas a áreas de consultas, servicios de domiciliaria y paliativos, y gimnasio de fisioterapia; así como con otra sesión magistral para todo el personal. En diciembre finaliza el período de implantación. Se realiza durante las sesiones prácticas una recogida de las “INCIDENCIAS” que presentan los discentes, entre las que cabe destacar:

¿cómo podemos convencer a los "incrédulos"?



en pacientes aislados, ¿debemos desinfectar el disco antes/después de su uso?



¿dónde debemos colocar el disco para que no caiga en abandono en las plantas?



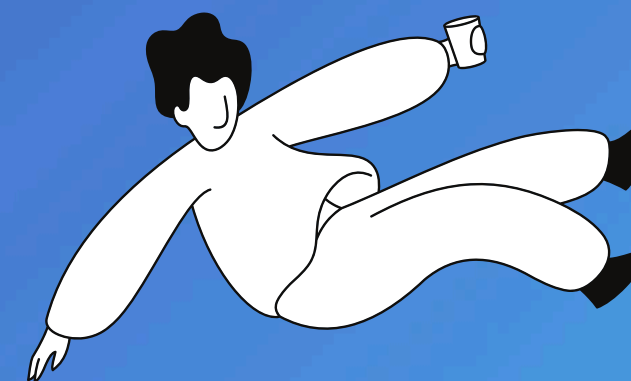
## CONCLUSIONES:

La formación del personal de trabajo habitual, y de nueva incorporación en un hospital, debe considerarse un pilar básico, pues anualmente supone un ahorro en gasto social, sanitario y económico; además la formación y/o pertenencia a grupos de trabajo de prevención conseguirán un óptimo funcionamiento del servicio.

# ACTUALIZACIÓN DE CIRCUITO DE REGISTRO DE DOMINIO 11 PARA MINIMIZAR ERRORES EN REGISTRO DE CAÍDAS

GRUPO BPSO PREVENCIÓN DE CAÍDAS.  
OSI GOIERRI ALTO-UROLA

Wladimir Isaac Carassa / Aitziber Garcia



GOIERRI-UROLA GARAIKO ESI  
OSI GOIERRI-ALTO UROLA



## 1 INTRODUCCIÓN

Las caídas suponen un problema de salud pública con un impacto en la calidad de vida de las personas. Desde el grupo de prevención de caídas de la OSI Goierri Alto-Urola se ha comenzado a trabajar en el correcto registro del D.11 (Concordancia de registros, alerta de "Riesgo de Caídas" y registro de caídas) para que exista un criterio común cuando se cumplimente el indicador ya que es importante un correcto registro para la posterior evaluación de las caídas acontecidas en las unidades de alcance.

## 2 OBJETIVO

Mejorar el registro mediante el dominio 11 del programa de osakidetza e identificar pacientes con 2 o más caídas para individualizar intervenciones.

## 3 METODOLOGIA

En el grupo se crean dos trípticos recordatorios uno para atención primaria y otro para hospitalización (tipo resumen). Al año se realizan mini sesiones formativas y/o recordatorias al personal de planta o atención primaria por parte de impulsores de nuestro grupo. Se lleva un registro y resumen de esas sesiones.

### ALERTA RIESGO DE CAIDAS

Factores de riesgo:

- ALTERACIONES VISUALES, CV, FUERZA MUSCULAR...
- En Hospitalización NO se activa el ítem: "ENTORNO: DOMICILIO/COMUNIDAD".

Todo paciente con alerta de RIESGO DE CAIDA Y/O FACTORES DE RIESGO VALORADOS al ALTA se deja activado el DOMINIO 11.

CAIDA ALERTA ACTIVADA  
D.11 EVOLUCIONADO INDICADOR  
RETROCEDIDO

Osakidetza

### RIESGO DE CAÍDAS

TODA PERSONA QUE ACUDE POR CAÍDA: HACER EL REGISTRO DE LA CAÍDA Y VALORAR EL RIESGO DE CAÍDAS Y LA ACTIVACIÓN DE LA ALERTA.

**Registro completo del Dominio 11:**

1) Valoración riesgo de caídas → Paciente >65 años (o susceptible de caídas) que:

- Ha sufrido caída en el último año y/o
- Acude por una caída y/o
- Tenga alteración marcha equilibrio

ACTIVAR ALERTA RIESGO DE CAIDAS en OSABIDE GLOBAL

**Registro de la caída:**

**Factores riesgo:**

• Píjase en el botón de "Ayuda" para la definición de cada ítem.

## 4 CONCLUSIONES



Es necesario un correcto registro y concordancia entre indicador y proceso. La evaluación de los procesos de caídas son fundamentales para implementar acciones tanto en ámbito hospitalario como comunitario. Los datos de registro de 2018-2021 mejoraron tras la aplicación de este sistema de registro.



## 5 APLICABILIDAD

Este sistema de registro minimiza los errores y ayuda a la identificación de múltiples caídas ya que la concordancia entre dominio, registro y evento adverso va a la par.



# IMPACTO DE UNA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA SOBRE EL USO DE CONTENCIONES EN EL MARCO DE LA GUÍA BPSO

González Teodoro, VJ<sup>1</sup>; Filali Mohamed, D<sup>2</sup>; Reyes Quesada, JG<sup>3</sup>; Hernández Quijada, A<sup>4</sup>; Rodríguez de Miguel, C<sup>3</sup>; Rey Luque, O<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Supervisor Psiquiatría. <sup>2</sup>Supervisora Servicios Centrales, Hospital del Sur. <sup>3</sup>Enfermero Unidad de Gestión del Conocimiento. <sup>4</sup>Supervisor Medicina Interna, Hospital del Sur.

<sup>5</sup>Supervisor Unidad de Gestión del Conocimiento. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

## INTRODUCCIÓN

- El uso de contenciones físicas plantea desafíos éticos y asistenciales.
- La **guía BPSO** promueve prácticas alternativas más seguras y centradas en la persona.
- **Objetivo:** Evaluar el impacto de una formación breve en conocimientos y actitudes frente al uso de contenciones físicas.

## RESULTADOS

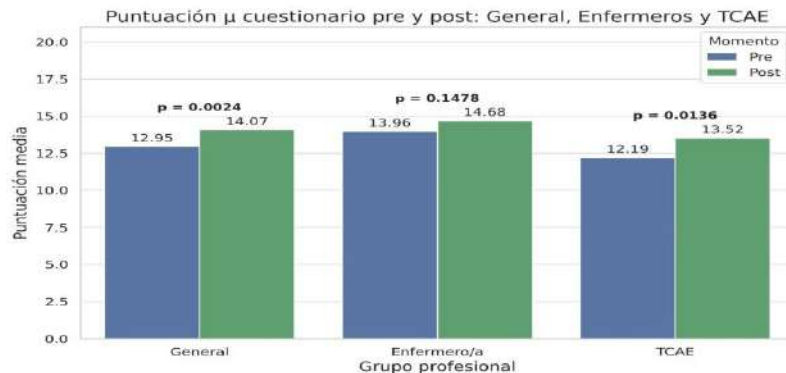
- **N** = 60 profesionales.
- **Edad**  $\mu = 45,02 \pm 8,30$  años.
- **Sexo** = 83 % mujeres.
- **89 %** utilizan contenciones mecánicas en su unidad.
- **63 %** presenciado eventos adversos R/C contenciones.
- **Puntuaciones  $\mu$**  ver gráfico de distribución.
- **Mejoraron** ítems sobre prescripción y evaluación periódica
- **Empeoraron** los vinculados a caídas y consentimiento informado.

## CONCLUSIONES

- La formación mostró **un impacto positivo en el conocimiento sobre el uso de contenciones, especialmente entre los TCAE**, con una mejora estadísticamente significativa.
- Los resultados apoyan la **utilidad de intervenciones breves** y contextualizadas para alinear la práctica clínica con las recomendaciones de la guía BPSO. No obstante, la persistencia de errores en ítems clave sugiere la **necesidad de reforzar contenidos sobre consentimiento informado y mitos asociados a la prevención de caídas**.
- La incorporación continua de **estrategias formativas** facilitará la transición hacia **entornos asistenciales más respetuosos, seguros** y centrados en la dignidad del paciente.

## METODOLOGÍA

- Estudio cuasiexperimental pre-post sin grupo control.
- **Formación teórico-práctica de 2 horas**, dirigida a profesionales de las unidades diana donde se implementa la guía BPSO que combinó **contenidos teóricos** y un taller práctico con **role-playing**.
- **Cuestionario** anónimo sobre conocimientos, actitudes y experiencia en el uso de contenciones físicas y sus alternativas (**ver en QR**)



## Cuestionario





**Autores:** Cayón Díaz, María; Santamaría Corina, Graciela; Terán García, M<sup>a</sup> Teresa; Gómez Muñoz, R. Isabel; González Pérez, Elsa; Cobo García, María.

**Palabras Clave:** Hernia paraestomal, estoma, factores de riesgo, ostomía y hernia incisional prevención y control.

## Introducción:

La hernia paraestomal es la protrusión de órganos o tejidos a través de la abertura realizada por el cirujano en la pared abdominal para la salida del estoma, generando un abultamiento alrededor del mismo.

Se produce por un fallo de la capa muscular de la pared abdominal alrededor del estoma, se ve favorecida por un aumento de la presión en el interior del abdomen, que empuja los intestinos o la grasa hacia el exterior produciéndose un abultamiento que se aprecia por debajo de la piel.

## Objetivos

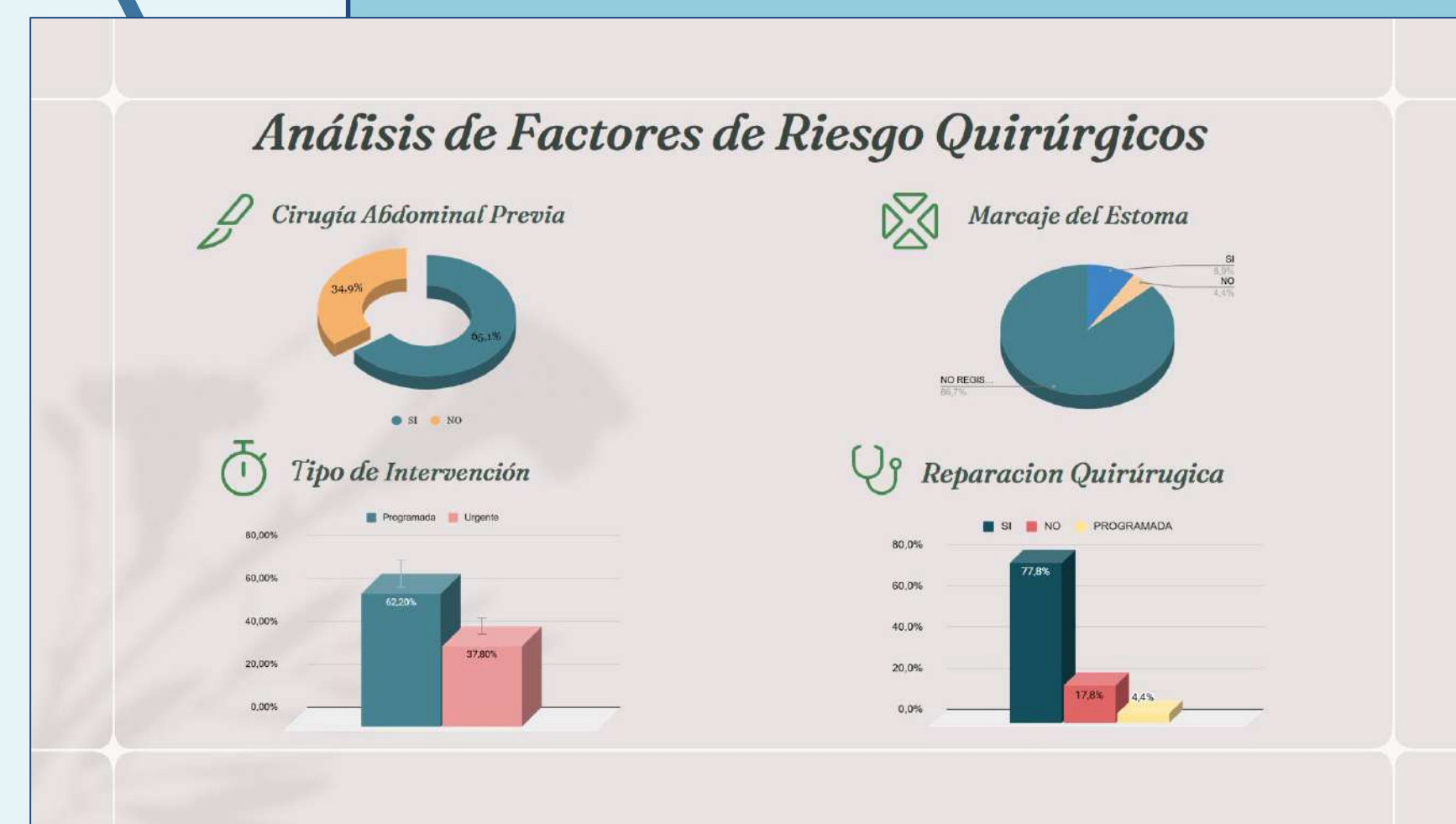
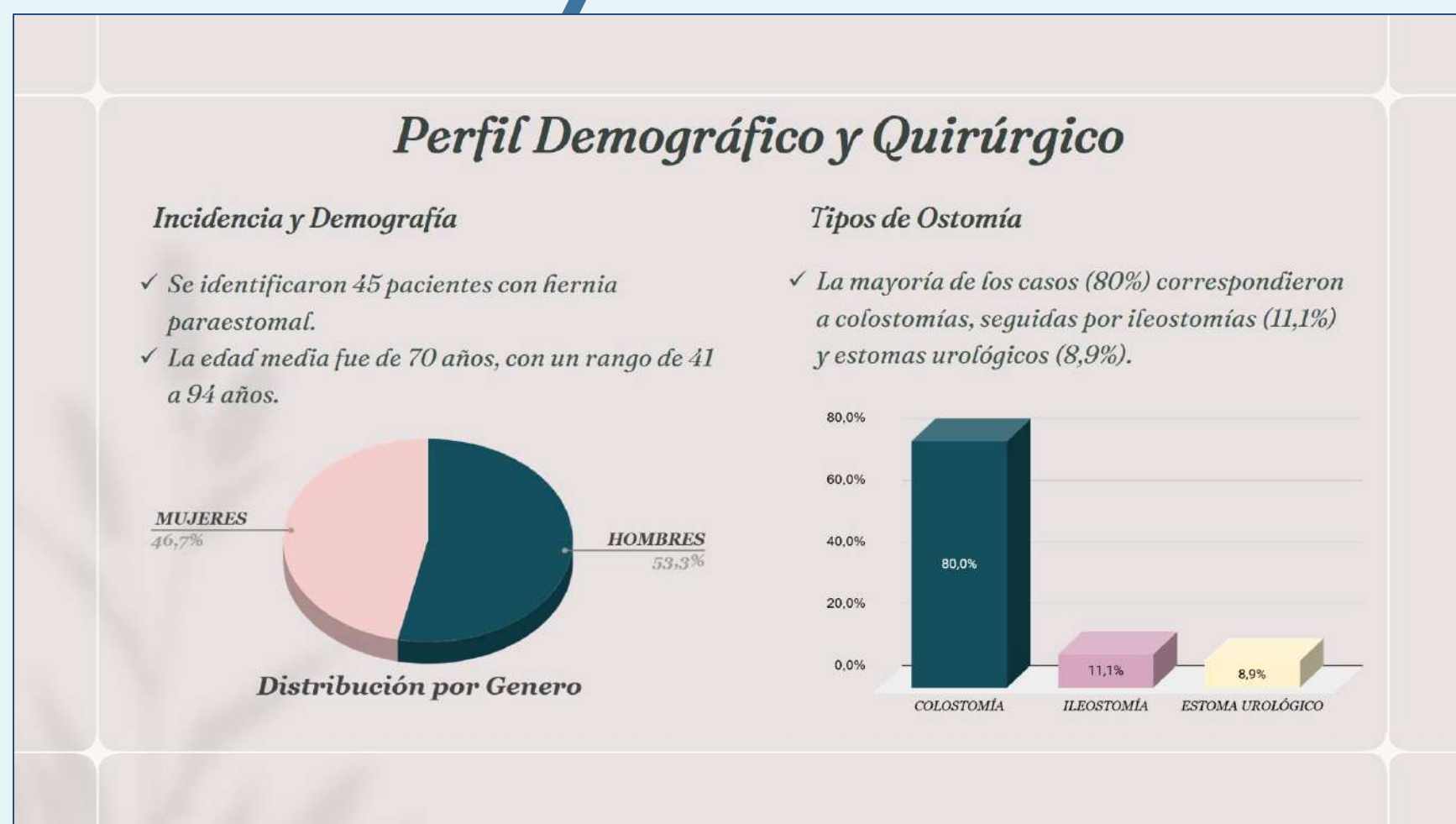
- ✓ Conocer el número de pacientes que han desarrollado hernia paraestomal durante el tiempo a estudio.
- ✓ Analizar los factores de riesgo de los pacientes diagnosticados de hernia paraestomal durante el tiempo a estudio.
- ✓ Crear tríptico educativo del ejercicio físico para la prevención de la hernia paraestomal.
- ✓ Informar de recomendaciones de higiene postural (movimientos en la cama) y prendas de soporte.
- ✓ Establecer cronograma de entrega del tríptico informativo y recomendaciones.

## Material y Método

- ✓ Estudio descriptivo retrospectivo.
- ✓ Periodo de estudio: 2017-2023.
- ✓ Población diana 100% de pacientes diagnosticados de hernia paraestomal.
- ✓ Evaluar:
  - ❑ Factores sociodemográficos (edad y sexo).
  - ❑ Factores quirúrgicos (tipo de ostomía, intervención, marcaje...).
  - ❑ Factores de riesgo personales (HTA, DM, Obesidad...).
- ✓ Revisión bibliográfica en las bases de datos en Pubmed y Cochrane Library con los MeSh Ostomía; Hernia y hernia incisional prevención y control.
- ✓ También revisión de las guías de buenas prácticas, práctica clínica y artículos de las sociedades científicas.



## Resultados



**Recomendaciones para la prevención**

- ✓ Realización de tríptico dirigido a pacientes ostomizados en el que se describen diferentes ejercicios a realizar durante el postoperatorio.
- ✓ Elaboración de recomendaciones sobre higiene postural y uso de prendas de compresión.
- ✓ Creación de cronograma:
  1. DIA MARCAJE: medición abdominal e instruir en higiene postural y características de prenda de compresión.
  2. DIA DE INGRESO: instruir en movilización en cama.
  3. DIA IQ: entrega de Kit así como tríptico de ejercicios.



## Conclusiones

- ✓ El desarrollo de la hernia paraestomal está influenciado por gran variedad de factores de riesgo.
- ✓ No siempre podemos prevenir la hernia, pero un enfoque integral que incluya la identificación de los factores de riesgo y un manejo personalizado es clave para evitar complicaciones graves y mejorar el bienestar del paciente.
- ✓ Un programa de ejercicios de fortalecimiento de la pared abdominal adecuado inmediatamente después de una cirugía, así como la utilización de prendas de compresión, es la mejor opción para la prevención de la hernia paraestomal.
- ✓ Complimentar adecuadamente los registros nos facilita la evaluación de resultados y la planificación de acciones de mejora.

## Bibliografía

- 1.Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. 2019.
- 2.Tadeo Ruiz G, Picazo Yeste JS, Moreno Sanz C, Herrero Bogajo ML. Eventración paraestomal: antecedentes, estado actual y expectativas de futuro. Cir Esp. 2010;87(6):339-349.
- 3.Stoffels B, Sommer N, Berteld C, Vilz T, et al. Complicaciones tardías del estoma intestinal permanente. Zentralbl Chir 2018 Dec;143(6):603-608.
- 4.Manole TE, Daniel I, Alexandra B, Dan PN, Andronic O. . Factores de riesgo para el desarrollo de hernia parastomal: una revisión narrativa. Saudi J Med Sci. 2023 Jul-Sep;11(3):187-192.
- 5.Temple B, Farley T, Popik K, Ewanyshyn C, Beyer E, Dufault B. Prevalencia de hernia parastomal y factores asociados con su desarrollo. J Enfermería de Continencia de Ostomía por Herida. 2016 Sep-Oct;43(5):489-93.



# IMPACTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN GBP APOYO A ADULTOS QUE ESPERAN O VIVEN CON UNA OSTOMÍA

Benítez Santana LM, Chacón del Pino E, Santana Santana EM, Cabrera Ortiz D, Estupiñán Guedes M, Hernández Mendoza EN.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

## INTRODUCCIÓN

En noviembre 2021 comenzó la implantación GBP “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía”. En análisis DAFO se detectaron áreas de mejora:



## OBJETIVO

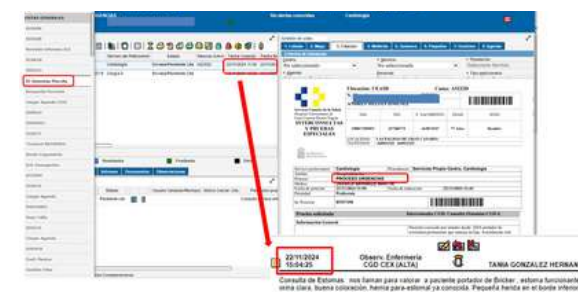
- Garantizar la calidad del proceso asistencial:
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica
  - Prestar cuidados de enfermería basados en la evidencia
  - Mejorar la calidad de vida de las personas ostomizadas

## METODOLOGÍA

### Implantación

#### Consulta ostomías

- Documentación consulta
- Buzón de IC estomaterapeuta
- Cuadros de mando
- Carpetas compartidas
- Indicadores CdV e imágenes HCE
- Instauration de Teleconsultas
- Aseos adaptados



#### Plantas, Qx, URPA, REA, HADO

- Formación en marcaje
- Formación en cuidado ostomía
- Detección precoz complicaciones



### Evaluación indicadores



### Difusión de resultados



## RESULTADOS

- **Mejoras en formulario:** imágenes, Stoma-QoL, complicaciones
- **↑ 56% Marcaje Urgente**
- Inicio precoz Educación Postoperatoria
- **↓ 17,9% Complicaciones piel**
- **Continuidad Asistencial 100%:** teleconsulta, móvil y correo
- Formación: **800 profesionales**
- **Reducción Estancia:**
- 3 días C. urgente / 1,2 días C. programada

## CONCLUSIONES

- **GBP:** ↓ variabilidad y mejora cuidados
- **TIC/CM:** facilitan manejo de datos
- **Innovación:** atención equitativa, humanizada y sostenible
- **Formación:** éxito del proyecto
- **Eficiencia:** ↓ complicaciones y estancia
- **Liderazgo enfermero:** apoyo institucional y trabajo interdisciplinar
- **Investigación:** crecimiento Enfermería



# Análisis de la evolución del Equipo de Infusión y Accesos Vasculares (2023-2024): Estudio descriptivo.

**Autores:** Juan José Martínez Moreno, Elena González Fierro, Enriqueta Márquez Villaverde, Carmen Ilse Salaberry Prantl, Ismael Fernández Fernández, Helene Leone Herminie Wambre Morisse.

## Introducción

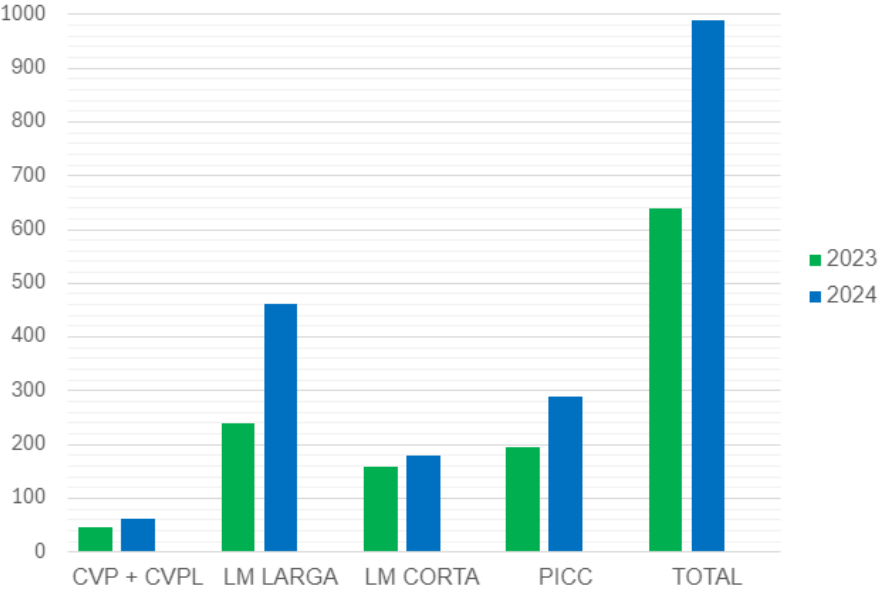
Los equipos de infusión y acceso vascular (EIAV) han surgido con diferentes enfoques en diversos países (1), con programas como “Best Practice Spotlight Organization” se promueve su implementación en España (2). La labor del EIAV abarca docencia, mentoría, consultoría e investigación, aunque su función más visible es la inserción de catéteres venosos (3-7). Este estudio analiza su actividad para proporcionar información clave que facilite decisiones estratégicas en la gestión del EIAV, mejorando la eficiencia, optimizando recursos y fortaleciendo la seguridad del paciente. La evaluación de su impacto busca establecer estrategias para maximizar su efectividad dentro del sistema sanitario.

## Metodología

**Objetivo principal:** evaluar la actividad del EIAV entre 2023 y 2024

**Objetivos secundarios:** comparar el número de inserciones totales, la tasa de inserción diaria, y distribución según tipo de catéter. Analizar la tendencia de inserción por tipo de catéter.

Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyeron todos los catéteres venosos insertados por el EIAV en pacientes ingresados en toda la institución. Se recopilaron datos sobre el número de catéteres y tipo de catéteres insertados, así como los días de actividad del EIAV. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.



## Resultados

El estudio analizó 1626 catéteres insertados por el EIAV en 449 días de actividad, mostrando un aumento del 55% en inserciones totales y en la tasa de inserción diaria, pasando de 3 a 4,1 inserciones diarias.

El mayor crecimiento se produjo en las líneas medias largas (LML) que fue de un 93%, siendo este dispositivo y el Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) los más utilizados.

En general, la tendencia de inserciones fue creciente en todos los tipos de catéteres, especialmente aquellos de duración media (más de 7 días y hasta 6 meses), como la LML y el PICC.

## Conclusiones

El estudio muestra un incremento en la actividad del EIAV, con una tendencia positiva en la inserción de catéteres de duración media (LML y PICC), lo que indica una mejor adaptación a las necesidades clínicas de los pacientes.

Sin embargo, la inserción de catéteres es solo una parte de su labor, ya que también realizan actividades de docencia, consultoría e investigación, aportando valor a la institución (7). Los resultados obtenidos proporcionan información clave para la toma de decisiones estratégicas en la gestión del acceso vascular, permitiendo optimizar recursos, mejorar la eficacia y reforzar la seguridad del paciente.

## Bibliografía

- Morrow S, DeBoer E, Potter C, Gala S, Alsbrooks K. Vascular access teams: a global outlook on challenges, benefits, opportunities, and future perspectives. Br J Nurs [Internet]. 2022 Jul 21;31(14):S26–35. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2022.31.14.S26>
- Ferraz Torres M, Mañeru Oria A, Corcuera Martínez M, Díez Revilla A, Aldonza Torres M, Escobedo Romero R, et al. Implantación de una unidad de terapia intravenosa. Una realidad en marcha. Rev Rol Enfermería [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 2];41(9):568–76. Available from: <https://medes.com/publication/141805>
- Hadaway L. Development of an Infusion Alliance. J Infus Nurs [Internet]. 2010 Sep;33(5):278–90. Available from: <https://journals.lww.com/00129804-201009000-00004>
- Hadaway L, Dalton L, Mercanti-Erieg L. Infusion Teams in Acute Care Hospitals. J Infus Nurs [Internet]. 2013 Sep;36(5):356–60. Available from: <https://journals.lww.com/00129804-201309000-00008>
- Hunter MR. Development of a Vascular Access Team in an Acute Care Setting. J Infus Nurs [Internet]. 2003 Mar;26(2):86–91. Available from: <http://journals.lww.com/00129804-200303000-00004>
- Jackson A. Development of a trust-wide vascular access team. Nursing Times; 103: 44, 28-29. Nurs Times. 2007;103(44):28–9.
- Quinn M, Horowitz JK, Krein SL, Gaston A, Ullman A, Chopra V. The role of hospital-based vascular access teams and implications for patient safety: A multi-methods study. J Hosp Med [Internet]. 2024 Jan 15;19(1):13–23. Available from: <https://shmpublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.13253>



Conselleria de Salut  
Hospital de Manacor





## EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS (GBP) DE ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DEL HOSPITAL INSULAR DE LANZAROTE (HIL)

Juana Rosa García Caraballo, Sara Fernández Sepúlveda, Sandra Isabel Morales González, Noelia Castellano Cáceres, Kevin González Medina y Orlando González Cabrera

### 01. OBJETIVOS

Evaluar la implantación de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de Acceso Vascular en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Insular de Lanzarote (HIL). Se busca analizar el grado de cumplimiento de los registros clínicos relacionados con los Dispositivos de Acceso Vascular (DAV), identificar posibles complicaciones asociadas y valorar la calidad de la atención prestada en relación con los estándares establecidos por la GBP.

### 02. PUNTOS PRINCIPALES

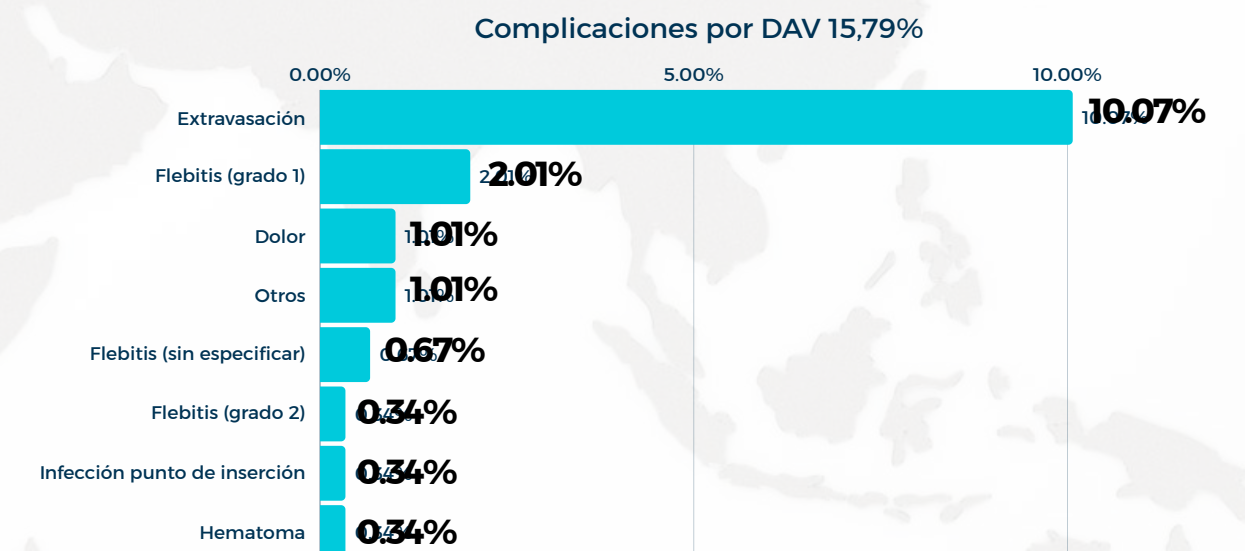
1. La correcta aplicación de la GBP de Acceso Vascular representa una herramienta clave para asegurar una atención sanitaria segura, eficaz y basada en la evidencia.
2. El estudio evidencia un cumplimiento parcial de los protocolos, así como áreas susceptibles de mejora, especialmente en lo referente a la valoración diaria del DAV.

### 03. MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y retrospectivo, basado en el análisis de los registros clínicos de 296 pacientes atendidos durante el año 2024 en la Unidad Geriátrica de Agudos del HIL. Se recopilaron datos demográficos, indicadores de cumplimiento de la GBP de Acceso Vascular, cuidados relacionados con el DAV, así como las complicaciones e incidencias registradas.

### 04. RESULTADOS

- La edad media de los pacientes fue de **85,74** años. El **99%** contaba con un DAV y el **67%** había sido valorado antes de su inserción. El cumplimiento general del protocolo alcanzó el **71%**.
- Sin embargo, la valoración diaria de la necesidad del DAV sólo se realizó en el **38,26%** de los casos, y el registro de la revisión del punto de inserción y posibles complicaciones en el **39,60%**. La comprobación de la permeabilidad previa al uso se documentó en un **69%** de los pacientes.
- En cuanto a las complicaciones, un **15,79%** de los pacientes presentó alguna, siendo la más frecuente la extravasación. La principal causa de retirada del DAV fue la finalización del tratamiento. La formación del personal se realizó de manera informal dentro de la unidad.



### 05. CONCLUSIONES

Se evidencia la necesidad de una mayor implementación de la GBP del Acceso Vascular en la unidad. Un adecuado mantenimiento y documentación del DAV contribuye a reducir complicaciones. La alta incidencia de extravasaciones se atribuye a las características propias del adulto mayor (fragilidad vascular, piel delgada, disminución de la percepción sensorial, presencia de agitación o demencia), lo cual no excluye la necesidad de aplicar buenas prácticas en las valoraciones. Es nuestra responsabilidad garantizar que el registro se realice cada vez con mayor calidad, apoyándonos en el refuerzo de la formación y en una práctica consciente y rigurosa.



**R  
N  
A  
O**

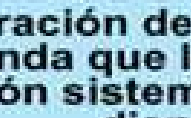


Históricamente ha existido un infraregistro debido a la falta de cultura de los profesionales y la dificultad con la herramienta de trabajo. Se tiene como objetivo estandarizar el registro de la canalización y continuidad de cuidados en el manejo de los accesos vasculares. Es importante identificar los iconos específicos de inserción, mantenimiento y retirada, para realizar correctamente el registro en la Historia clínica.



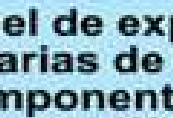
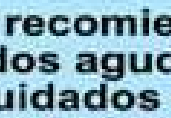
Se ha creado un recurso visual destacado en el programa DragoAE que permite la pronta identificación facilitando el acceso al formulario a cumplimentar. Se ha realizado formación dirigida y relacionada a los profesionales en activo de hasta 11 unidades de hospitalización en el hospital. Además se ha creado una infografía dónde se destaca las secciones más importantes que deben ser completadas para el adecuado y completo registro.

Los datos que se presentan corresponden al año 2024, de las 11 unidades de hospitalización que tienen la guía de accesos vasculares implantada. Tras la implantación el registro del cuidado de la VVP ha aumentado considerablemente en las unidades donde de se han implantado.



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN**

**GUÍA ACCESO VASCULAR**

**1. Declaración de Buenas prácticas: EL panel de expertos recomienda que los profesionales sanitarios realicen una valoración sistemática de la persona antes de insertar un dispositivo de acceso vascular.**

**INSERCIÓN**

- Valoración Vascular
- Valoración Psicosocial
- Selección del dispositivo y de fármacos vesicantes
- Elección del punto de inserción

**Higiene de Manos.** Seguir recomendaciones de la OMS

**Elección del Apósito**

**Material a utilizar:** Guantes, Gasas estériles, Clorhexidina Alcohólica, Dispositivo de acceso vascular periférico.

1. Ir a la botonera de Drago y clicar en accesos vasculares
2. Seleccionar la VVP (nº 1, 2 o 3) que vamos a registrar
3. Rellenar todos los campos:
  - a. Fecha de inserción
  - b. Bps (multiselección)
  - c. Localización-Posición
  - d. Calibre
  - e. Técnica aséptica
  - f. Antiséptico utilizado
  - g. Tipo de apósito
  - h. Complicaciones
  - i. Lugar de inserción
  - j. Observaciones

*\*Importante REGISTRAR la VVP si no está en Drago para posteriormente poder revisarla. Sólo rellenar los campos que sepamos*

**RETIRADA**

1. Ir a formularios en el Drago
2. Clicar en Accesos vasculares
3. Clicar en la VVP que se quiere retirar
4. Darle a modificar (lápiz) ✎
5. Rellenar todos los campos: Fecha de retirada; Lugar de retirada; Causa de retirada.

**2. Recomendación 5.1: El panel de expertos recomienda que las organizaciones sanitarias de cuidados agudos implanten un protocolo multicomponente de cuidados de los dispositivos de acceso vascular periférico. Este protocolo incluye como mínimo una revisión diaria.**

**MANTENIMIENTO**

**Apósitos:**

- Transparente: Duración entre 4 y 7 días.
- Oclusivo de gasa: 48 horas

**\*Siempre que no esté sucio, mojado o despegado.**

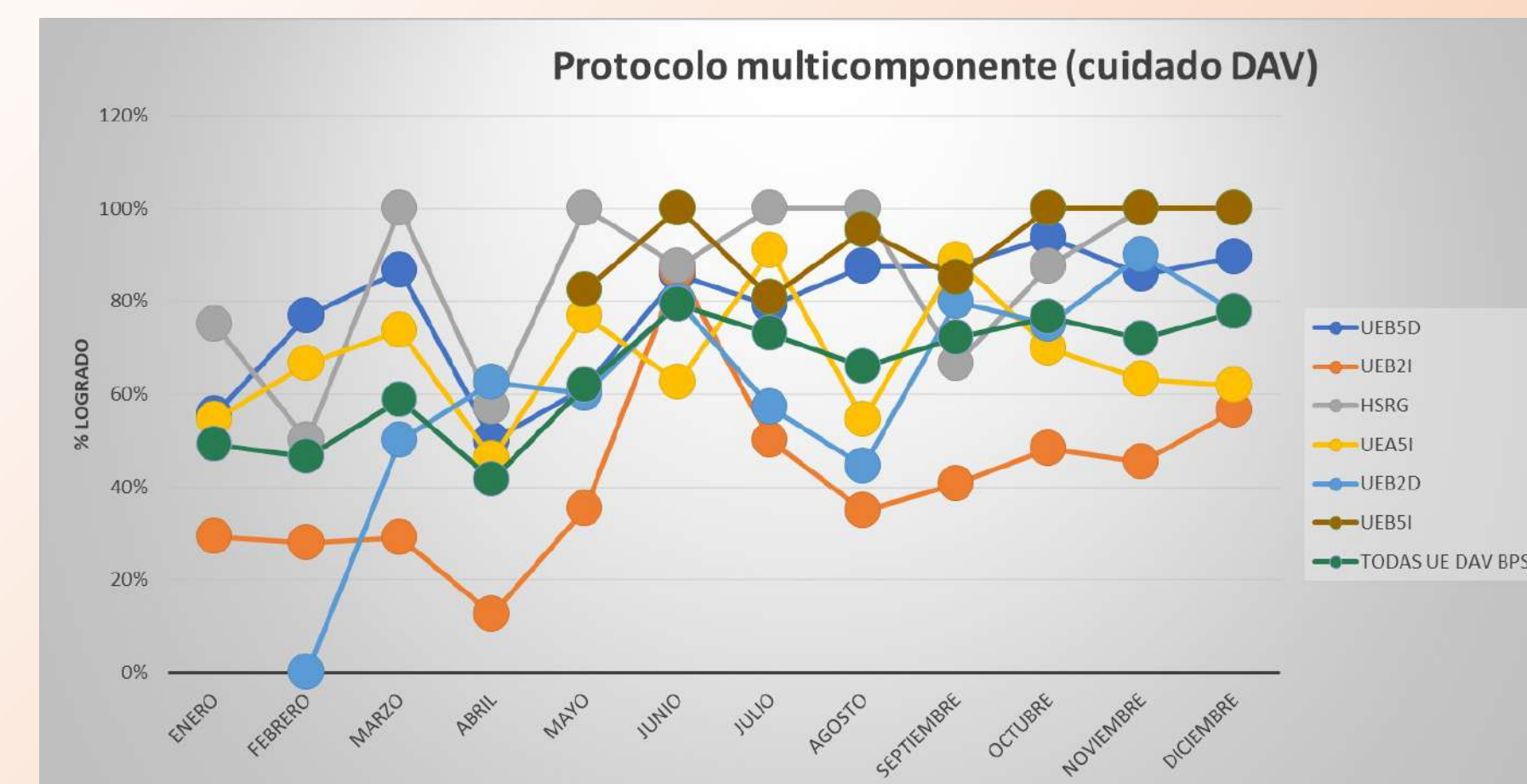
**Antiséptico: Clorhexidina acuosa.**

1. Ir a la botonera de Drago y clicar en Revisión de accesos vascular
2. Seleccionar la VVP que vamos a revisar. Importante ver si ese dispositivo está activo
3. Rellenar todos los campos:
  - a. Fecha y hora de la revisión
  - b. Evaluación de signos y síntomas de complicaciones. (Ver resultado de Maddox)
  - c. Cambio de apósito de vía
  - d. Tipo de apósito utilizado
  - e. Cambios de los dispositivos de infusión
  - f. Continua siendo necesario
  - g. Observaciones

**Haz que tu trabajo cuente**

**REGISTRA**

HUGCDN-IFPR-0032 - Versión: 1.0 - Fecha de vigencia: 22/11/2024



		Protocolo multicomponente (cuidado DAV)						
		UEB5D	UEB2I	HSRG	UEA5I	UEB2D	UEB5I	TODAS UE DAV BPSO
ENERO		56 %	29 %	75 %	55 %			49 %
FEBRERO		77 %	28 %	50 %	67 %	0 %		46 %
MARZO		87 %	29 %	100 %	74 %	50 %		59 %
ABRIL		50 %	13 %	57 %	46 %	63 %		42 %
MAYO		62 %	35 %	100 %	77 %	60 %	82 %	62 %
JUNIO		86 %	87 %	88 %	63 %	80 %	100 %	79 %
JULIO		79 %	50 %	100 %	91 %	57 %	81 %	73 %
AGOSTO		88 %	35 %	100 %	55 %	44 %	95 %	66 %
SEPTIEMBRE		88 %	41 %	67 %	89 %	80 %	85 %	72 %
OCTUBRE		94 %	48 %	88 %	70 %	75 %	100 %	77 %
NOVIEMBRE		86 %	45 %	100 %	63 %	90 %	100 %	72 %
DICIEMBRE		89 %	57 %	100 %	62 %	78 %	100 %	78 %

La infografía es una guía clara que facilita el registro y que este sea completa y de la calidad. La mejora en el registro refleja un cambio en la seguridad del paciente y en la cultura del registro entre los profesionales. Favorece la continuidad de cuidados.

1. Asociación Profesionales de Ontario (RNAO). Acceso vascular: Toronto (ON): RNAO; 2021.
2. Servicio Canario de Salud. Drago AE. Aplicación informática para la gestión de pacientes e historia clínica en Atención Especializada. Canarias. Disponible en el sitio de SCS
3. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín. Infografía 22/11/2024.

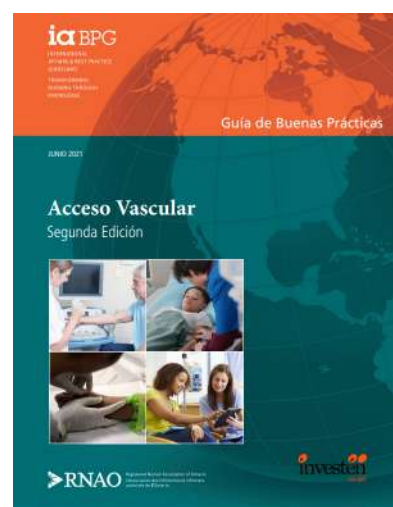


## PROYECTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN CANALIZACIÓN ECOGUIADA: EL LIDERAZGO DE LA ENFERMERA GESTORA DE RECURSOS MATERIALES COMO MOTOR DEL CAMBIO

D. DE MIGUEL PEÑAS, M.N. JUARISTI IPARRAGUIRRE, N. ESCOLANO PICADO, J.A. JAUSON MARAÑA, R. IZQUIERDO MARTÍNEZ, J. TOBAR SUSO

### INTRODUCCIÓN:

- Las Guías de Buenas Prácticas recomiendan la canalización ecofacilitada.
- El equipo de Recursos Materiales de Enfermería identificó la recomendación como una oportunidad para contribuir en la mejora de la calidad asistencial.
- Dotación tecnológica como puente entre la evidencia y la práctica clínica diaria.








### METODOLOGÍA:

- Análisis de necesidades en unidades asistenciales con canalización venosa compleja.
- Valoración técnica y práctica de diferentes equipos ecográficos.
- Selección del dispositivo basándose en criterios de idoneidad y compatibilidad.
- Enfoque participativo a través de escucha activa y visión estratégica, liderado por Enfermería.



### RESULTADOS:

-  20 ecógrafos adquiridos
-  135 000 € invertidos
-  20 formaciones in situ del uso técnico del dispositivo (lideradas por RRMM) con alcance a todas las Unidades de Hospitalización
-  20 formaciones teórico-prácticas (lideradas por Docencia de Enfermería)
-  229 profesionales de Enfermería formados en canalización ecográfica



### CONCLUSIONES:

- La enfermera gestora de recursos materiales se sitúa como figura clave en la incorporación de productos y equipos sanitarios que faciliten la implementación de prácticas basadas en evidencia, optimizando recursos y mejorando la calidad del cuidado.
- La dotación de ecógrafos no fue solo una adquisición técnica, sino una apuesta estratégica por alinear recursos con estándares de excelencia.





# Implantación de la Guía de Accesos Vasculares

## Hospital Valle del Nalón: 10 años de experiencia

### Introducción

- 10 años de compromiso en excelencia de cuidados.
- Implantación de 3 guías: Lactancia, Caídas y Accesos Vasculares.
- Expansión de guías hacia la Atención Primaria.
- Implantación en curso de la 4ª guía: Prevención de Lesiones por Presión.

### Objetivos

Describir el grado de implantación de la Guía de Accesos Vasculares tras 10 años.

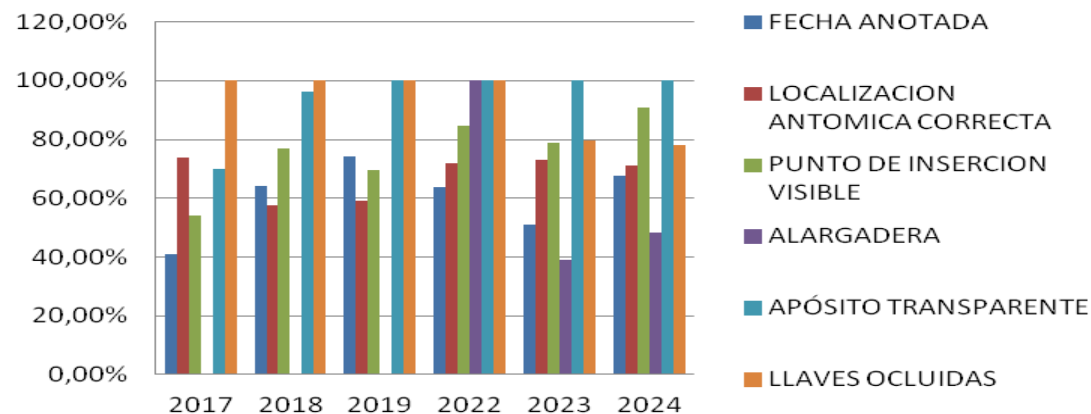
### Conclusiones

- Difusión adecuada y alta implantación de la guía.
- Resultados dispares en registros → área de mejora.
- Próximo reto: creación del Equipo de Infusión de Acceso Vascular

### Material y métodos

- Estudio descriptivo retrospectivo en UCI y hospitalización.
- Revisión de registros: catéteres y planes de cuidados.
- Auditorías directas semestrales en UCI, urgencias y unidades.
- Evaluación: lugar anatómico, inserción visible, fecha anotada, utilización de alargadera.

### EVOLUCION AUDITS





GARCÍA-FLORES RM, DOMÍNGUEZ-GUERRERO F, GARCÍA-JUÁREZ R, AGUILAR-MENDOZA I, PRIAN-FERNÁNDEZ MJ, REY-PELAYO S

# MEJORAS EN LA CALIDAD ASISTENCIAL: RESULTADOS DE EVALUACIÓN TRAS IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS DE CAÍDAS, ACCESOS VASCULARES Y DOLOR

## INTRODUCCIÓN

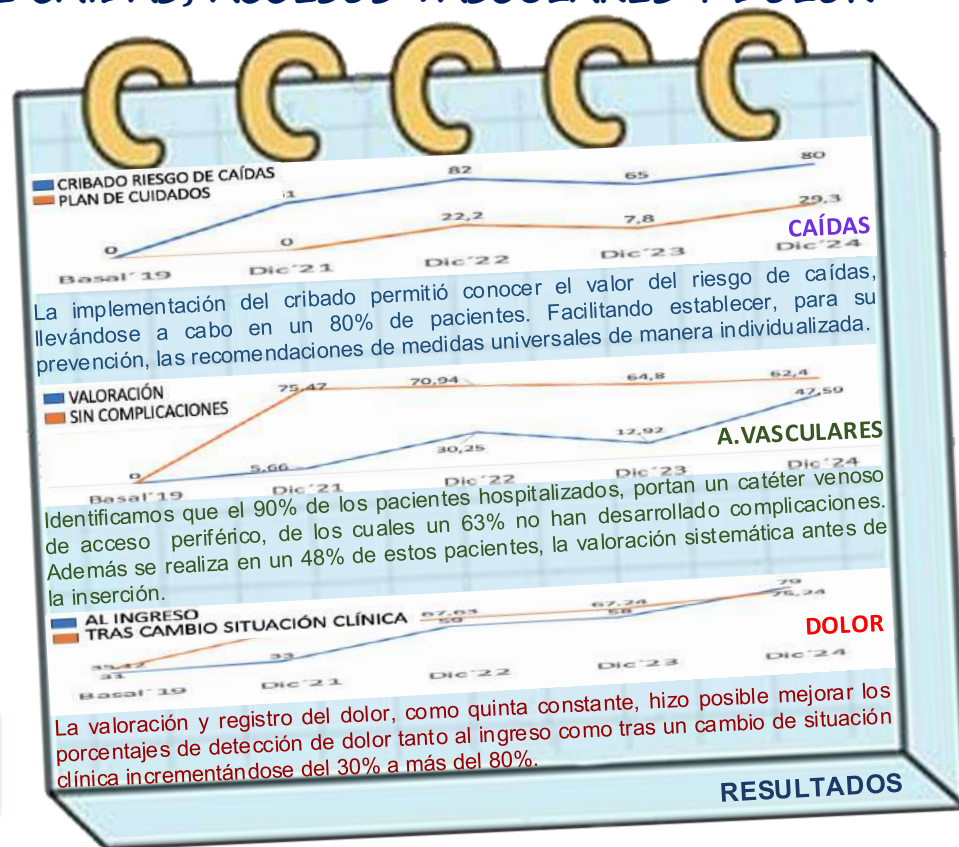
Como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados, en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, hemos enfocado nuestros esfuerzos en transformar los cuidados hacia una práctica clínica fundamentada en la evidencia. Implementando tres guías de práctica clínica: “Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas”, “Valoración y manejo del dolor” y “Cuidados y mantenimiento de accesos vasculares para reducir las complicaciones”. Estas acciones buscan mejorar la calidad y seguridad en la atención prestada, promoviendo un entorno más seguro para nuestros pacientes y optimizando los resultados clínicos.

## METODOLOGÍA

Herramienta de implantación, Leadind Change Toolkit, para liderar el cambio de la RNAO, fundamentada en la evidencia científica. Con el fin de promover una transformación efectiva, hemos adoptado diversas estrategias de manera simultánea, fomentando la capacidad de nuestros profesionales, difundiendo las recomendaciones seleccionadas, apoyándonos en las redes sociales y adaptando nuestros sistemas de información para la monitorización y seguimiento de resultados. Estas acciones nos permiten liderar procesos de cambios sostenibles, mejorando la calidad asistencial y garantizando una atención más segura y eficiente.

## CONCLUSIONES

Aunque somos conscientes de que desarrollar una cultura fundamentada en la evidencia demanda tiempo y dedicación, estos resultados muestran que la implementación organizada de guías clínicas basadas en la evidencia puede potenciar la calidad y la seguridad en la atención de enfermera.





# IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA: ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN MATERNA EN EL ENTORNO BPSO®

M<sup>a</sup> VICTORIA RUIZ-GARCÍA, ANA ISABEL SÁNCHEZ-CERDÁN, ENCARNACIÓN POYATO-POYATO, PAULA JARA-GARCÍA, IRENE HIDALGO-ÍÑIGUEZ Y M<sup>a</sup> VICTORIA BELICHÓN-ALARCÓN. Enfermeras de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. E-mail: [mvrui@Sescam.jccm.es](mailto:mvrui@Sescam.jccm.es)

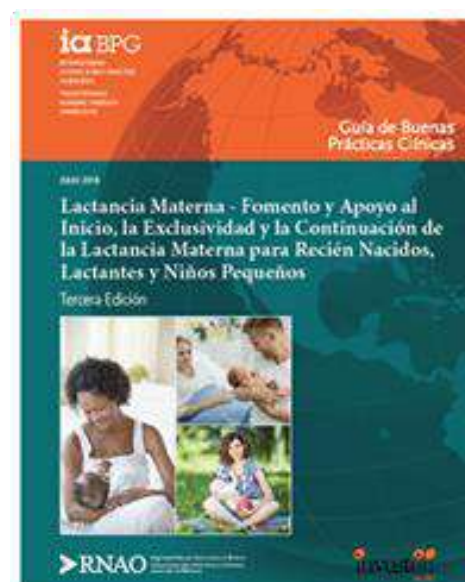
## INTRODUCCIÓN

Desde el 2017, la Gerencia de Atención Integrada de Albacete está implantando la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de RNAO sobre lactancia materna (LM) para mejorar la promoción y mantenimiento de la LM.

Conocer la percepción de las madres como receptoras de los cuidados es fundamental para identificar fortalezas y áreas de mejora en la implantación de estas prácticas.

## OBJETIVO

Conocer la percepción de madres lactantes sobre la aplicación de la GBP, determinar la prevalencia y duración de la LM exclusiva (LME) y complementada e identificar factores relacionados con el inicio y la continuidad de la LM.



## METODOLOGÍA

**Estudio:** descriptivo transversal.

**Población:** madres de lactantes  $\leq 2$  años en seguimiento en Centros de Salud de Albacete capital.

**Muestra:** 356 madres de lactantes sanos, nacidos de parto único y gestación  $\geq 34$  semanas, que consintieron participar contestando un cuestionario anónimo.

**Variables:**

- 1) Edad madre y niño; nivel de estudios; tipo de parto y centro (hospital público/privado).
- 2) Percepción sobre la aplicación de las recomendaciones de la GBP de RNAO.
- 3) Duración de la LME y complementada. Motivo de no inicio o abandono.

**Aspectos éticos:** aprobación por Comité de Ética.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®".

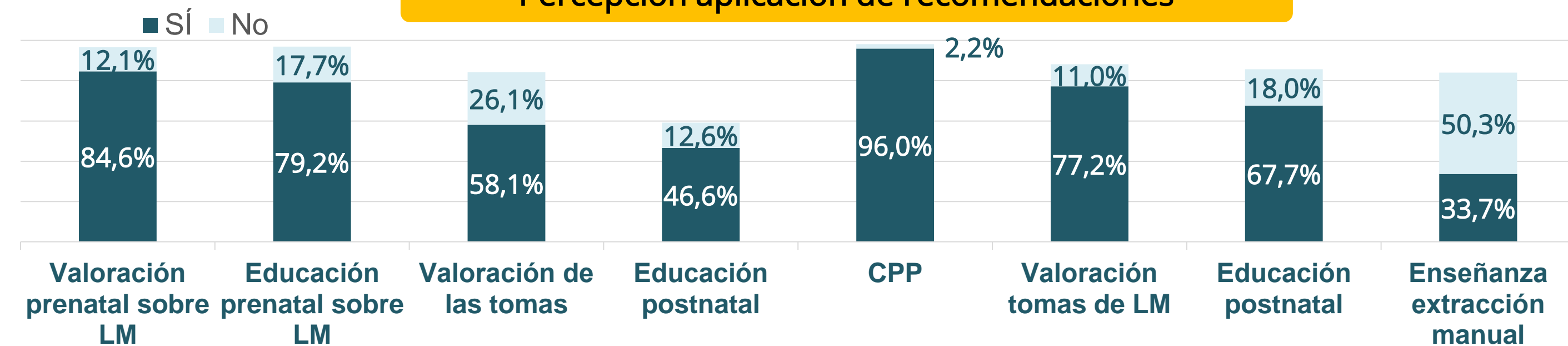
"El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia: un Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs"

## RESULTADOS

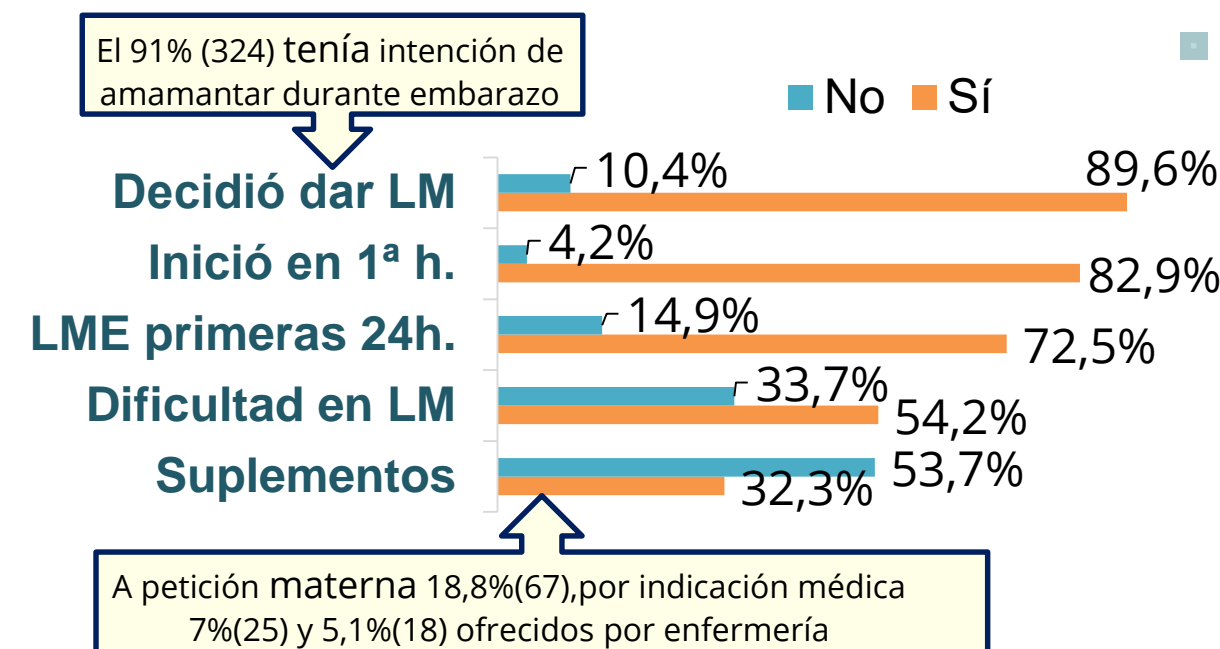
356 madres encuestadas

Edad media madres=33,7 años (dt=5,4;IC[33,1-34,3]) y lactantes 223,8 días (dt=184,1;IC[204,3-243,2]).

### Percepción aplicación de recomendaciones

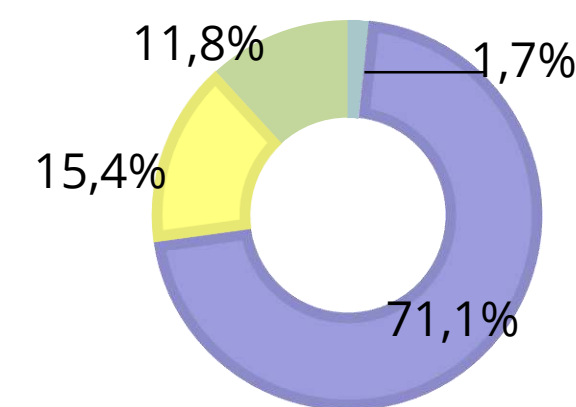


### Inicio y continuidad de LM



### Tipo de lactancia al alta

■ No LM ■ LME ■ Mixta ■ No respuesta



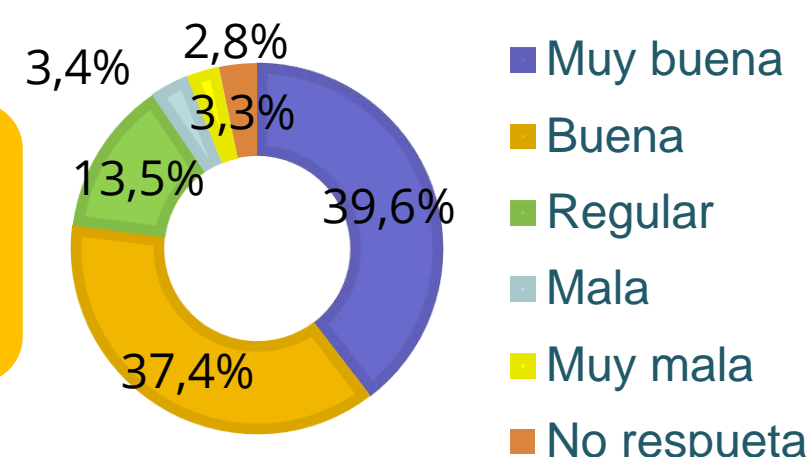
### Continuidad de la lactancia

- Media de días LME 70,6 días (dt=70,8;IC[62,2-79,1])
- Duración total LM 164,2 días (dt=157,2;IC[145,7-182,2])

Motivos de no inicio o abandono de la LM				
Motivos	No inicio LM % (n)	Abandono LM % (n)		
Indicación médica	8,7 (2)	3,9 (2)		
Trabajo o estudios	4,5 (1)	30,8 (16)		
Estancamiento o pérdida de peso	-	29,3 (17)		
Mala experiencia previa	40 (10)	3,9 (2)		
Alteraciones en las mamas	12,5 (3)	15,4 (8)		
Decisión materna	86,7 (28)	38,2 (16)		
Entero	4,5 (1)	17,3 (9)		
Hipoglactia (diagnosticada)	4,3 (1)	9,6 (5)		
Percepción de tener suficiente leche	9,1 (2)	35,6 (21)		
Otros motivos	8,7 (2)	32,8 (19)		

Análisis multivariante de factores relacionados con el inicio y duración de la LME*						
Factores relacionados con el inicio de la LME al alta hospitalaria (regresión logística binaria)						
Factores	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Indicación médica	0,071 (0,00)	0,000000	1,330 (0,04)	0,000000	0,000000	0,000000
Trabajo o estudios	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Estancamiento o pérdida de peso	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Mala experiencia previa	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Alteraciones en las mamas	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Decisión materna	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Entero	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Hipoglactia (diagnosticada)	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Percepción de tener suficiente leche	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
Otros motivos	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000

### Percepción de apoyo y asesoramiento



### DEMANDAN

- Más formación de profesionales
- Más apoyo tras nacimiento y tiempo de dedicación
- Información para resolver dificultades
- Valoración directa de tomas
- Respeto a decisiones maternas

## CONCLUSIONES

Las madres lactantes perciben positivamente las buenas prácticas aplicadas para promover y mantener la lactancia materna. Se identifica necesidad de reforzar el apoyo, la valoración y educación postnatal, la formación de profesionales y el respeto a las decisiones maternas. La prevalencia de la LME al alta fue elevada, sin embargo, su duración y la de la lactancia complementada es un aspecto a mejorar. El CPP > 1h y ofrecer LME en las 1ª 24 h de vida favorecen la LME al alta. Ofrecer suplementos redujo la continuidad de la LME.



# Abordaje integral del riesgo suicida en adultos: camino hacia la implementación efectiva de una guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida en el Hospital Clínico San Carlos

Cristina Díaz de la Villa [cristina.diazdela@salud.Madrid.org](mailto:cristina.diazdela@salud.Madrid.org) , Estibaliz Fernández Carrasco, Teresa Ramiro Molano, Ana Morales Molina, Daniel Muñoz Jiménez

## Introducción

Cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida en el mundo y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. El Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia® BPSO® buscan la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de Buenas Prácticas. Desde el hospital Clínico San Carlos en la unidad de hospitalización de psiquiatría se implanto la Guía de valoración y cuidados de paciente en riesgo de ideación y comportamiento suicida que comenzó su andadura en el año 2021. Analizar la implantación de la guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida estratificando los resultados en tres franjas temporales 2022, 2023 y 2024, a través de valoración de la escala de severidad suicida C-SSRS en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

Palabras clave: Prevención del suicidio, ideación suicida, evaluación en enfermería, salud mental

## Metodología

Estudio descriptivo longitudinal del impacto de la realización y registro en la Historia Clínica Electrónica de la Escala de Severidad del Riesgo Suicida en una muestra de pacientes mayores de 18 años ingresados en la Unidad de hospitalización de Psiquiatría, durante el periodo de implantación (2022-2024) de la Guía de Valoración del Riesgo suicida en dicha Unidad. Siendo las variables estudiadas son edad, sexo, registro de la escala en las primeras 24 horas de estancia en la Unidad y resultado de la escala. Los resultados de estas variables se analizan junto a las intervenciones desarrolladas durante la implantación de la Guía.

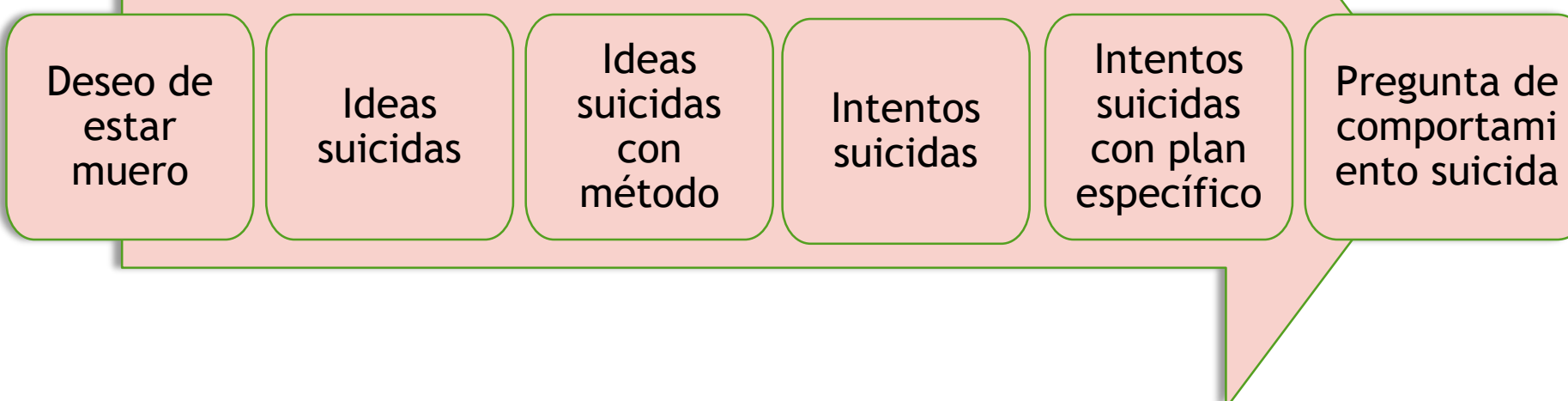
## Resultados

En el año 2022, según los cortes realizados, se observó un cumplimiento del 50% en la aplicación de la escala de valoración clínica al ingreso, considerando una muestra total de 116 pacientes. Durante el año 2023, se evidenció una mejora significativa, alcanzando un 70% de cobertura en la valoración de los pacientes, al ingreso en la unidad con una muestra de 120 pacientes. Esta tendencia ascendente continuó en 2024, año en el que se logró un cumplimiento del 97,83% en la aplicación de la escala siendo la muestra total de 46 paciente, en el corte establecido. Dicho nivel de adherencia se ha mantenido de manera sostenida durante el transcurso del año 2025.

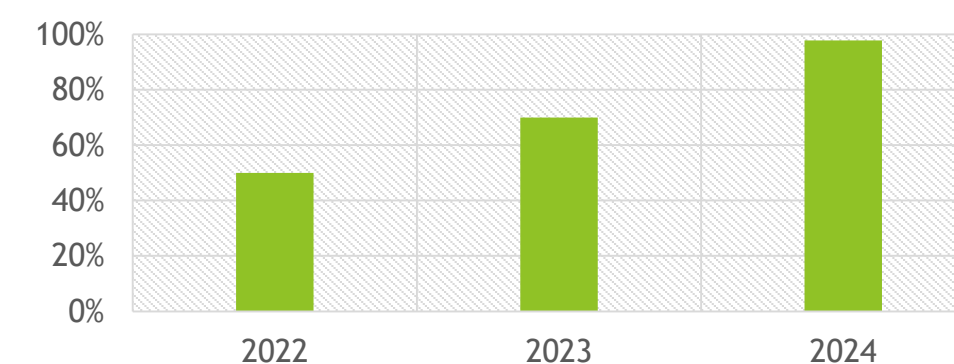
## Conclusiones

Tras la implementación de diversas estrategias de formación y sensibilización dirigidas al personal sanitario, el cumplimiento en la aplicación de la escala en la valoración clínica al ingreso en la unidad de hospitalización de psiquiatría alcanzó un 96,7%. Este resultado refleja una mejora sostenida en los procesos asistenciales, atribuible al compromiso y esfuerzo continuado del equipo multidisciplinar. La evidencia muestra que la implantación de herramientas validadas para la valoración del riesgo de suicidio, como la escala C-SSRS, pueden facilitar la identificación de ideación suicida, pero no deben ser empleadas de manera aislada sino incorporadas en la valoración integral del paciente psiquiátrico y en el seguimiento durante la hospitalización mediante diferentes técnicas como el briefing diario.

## Escala de severidad suicida C-SSRS



## Registro de Escala C-SSRS



## Bibliografía





# "MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA: EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN FUERTEVENTURA"

## AUTORES

Laura Pérez Pedregal  
Enfermera Atención Primaria, co-responsable de la Guía Disminución de la Prevención de las complicaciones del pie en personas con diabetes

Área de Salud de Fuerteventura

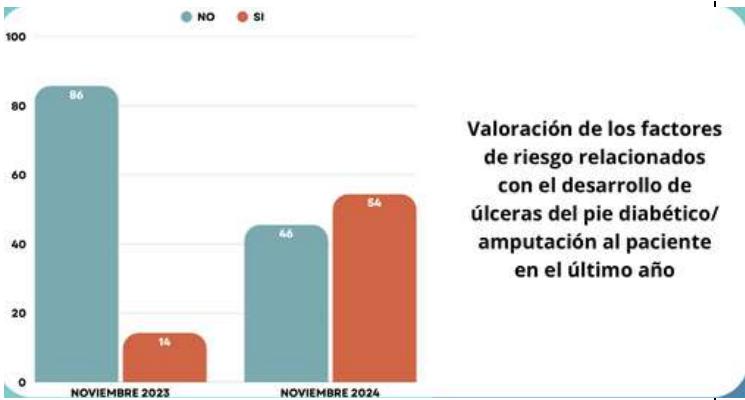
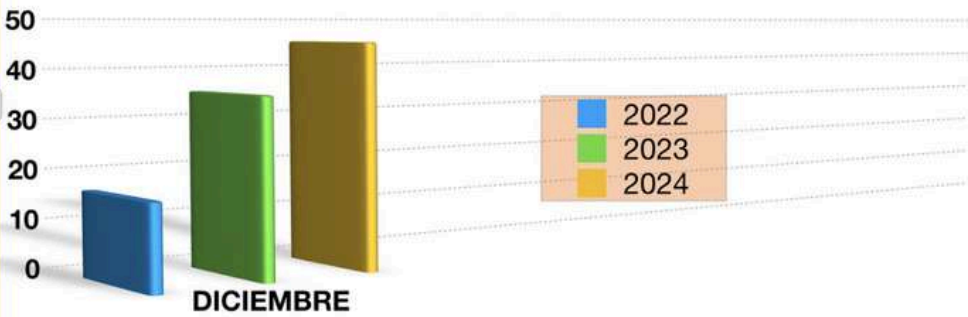
## INTRODUCCIÓN

En España, 1.5 millones de personas sufren de pie diabético, una complicación grave que supone una gran carga para el sistema sanitario. El país ocupa el cuarto lugar en Europa en amputaciones por esta causa. En 2023, Fuerteventura implementó el programa Best Practice Spotlight Organization, basado en la guía de Registered Nurses Associaton of Ontario con el objetivo de mejorar el cuidado de pacientes con diabetes. Esta iniciativa promueve buenas prácticas para reducir complicaciones y amputaciones, buscando mejorar la salud y calidad de vida de las personas afectadas por el pie diabético en la isla.

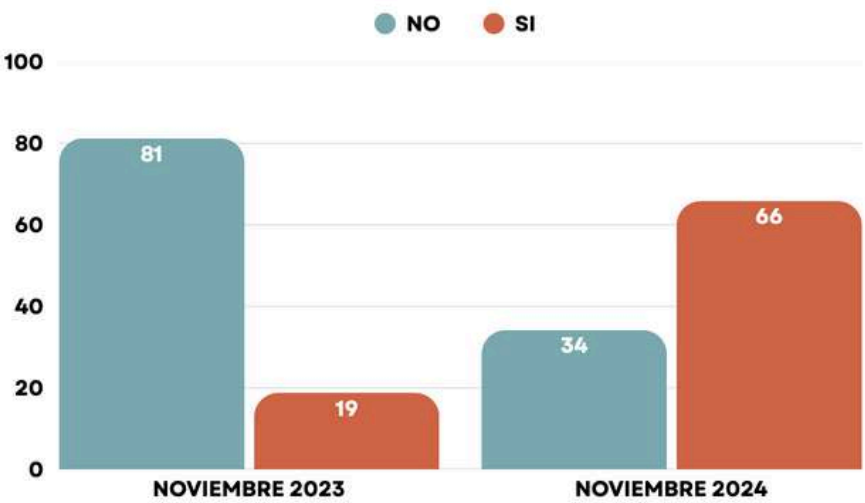
## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con un tamaño de la muestra de 7581 pacientes diabéticos ( toda la poblacion con diagnóstico de diabetes de la isla de Fuerteventura) desde el año 2023 al 2025 Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva ( frecuencias y porcentajes )

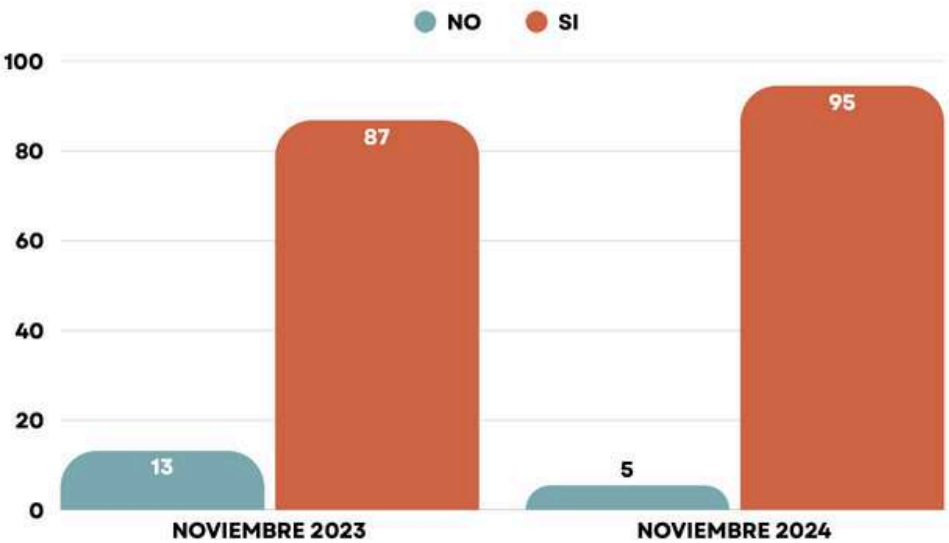
Área de Salud FUERTEVENTURA  
Porcentaje de protocolos del pie diabético realizados



LAS PERSONAS CON DIABETES HAN RECIBIDO EDUCACIÓN SOBRE CUIDADO BÁSICO DE LOS PIES.



VALORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD CON MONOFILAMENTO



## RESULTADOS

- Entre diciembre de 2022 ( evaluación basal ) y diciembre de 2024, la implementación de protocolos del pie diabético en el área de salud mostró un progreso significativo, pasando del 19,44% al 45,41%. La implantación del programa comenzó en octubre de 2023. Tras un año de aplicar las recomendaciones de la guía (noviembre 2023-2024), la valoración de factores de riesgo para úlceras del pie aumentó del 14% al 54%, la valoración de la sensibilidad con monofilamento del 87% al 95%, y la educación sobre el cuidado básico de los pies en personas con diabetes creció del 19% al 66%

## CONCLUSIÓN

Los resultados evidencian una mejora notable en el porcentaje de personas con diabetes a quienes se les ha explorado los pies, una medida preventiva clave para evitar complicaciones graves. Este avance indica un mayor alcance y efectividad en la atención, con cuidados más alineados con las recomendaciones de la guía clínica. La mejora en el cumplimiento sugiere una atención más eficiente y centrada en buenas prácticas, lo que representa un progreso importante en la prevención del pie diabético. En consecuencia, se beneficia directamente a los pacientes y se refuerza la calidad del sistema de salud en general.