

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 15 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	F	20/01/2020	CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	LAINIZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	F	21/01/2020	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	F	21/01/2020	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	AP	DAP TERUEL	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2019_0535	S1	27/01/2020	APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS TERAPIA OCUPACIONAL	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2019_1126	F	27/01/2020	PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	YUSTE VICENTE FELISA	2019_0587	F	05/01/2020	ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE
TE	HOSP	CSS SAN JOSE FARMACIA HOSPITALARIA	HERNANDEZ MARTIN JULIA	2019_1261	F	15/01/2020	REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACÉUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	DIAZ GARCIA MILAGROS	2019_0023	F	20/01/2020	ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GALA SERRA CARLOS	2019_0168	F	29/01/2020	DESPRESCRIPCION EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRIA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	MONTERO CERCOS PURIFICACION	2019_0434	F	28/01/2020	PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2019_0440	F	28/01/2020	ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES	2019_0966	S1	31/01/2020	CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD	2019_1320	F	30/12/2019	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DERMATOLOGIA	BALLANO RUIZ ADRIAN	2019_0475	S1	19/01/2020	IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO RADIODIAGNOSTICO	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	F	30/01/2020	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLÉN JOAQUÍN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Taller formativo presencial sobre las infecciones respiratorias más prevalentes en pediatría, incluyendo el uso de test rápido de diagnóstico antigénico (TRDA), distribución de guías de práctica clínica y documentos de consenso. Se realizó por la farmacéutica de atención primaria (FAP) el 29 de mayo del 2018, con una duración de 3 horas, estando acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,4 créditos. Asistieron pediatras de atención primaria (AP) (2), médicos de familia (6), médicos de atención continuada (1), un farmacéutico de hospital y un médico del 061.

- Comisión Técnico Asistencial de AP (16/06/2018). Difusión del proyecto y del taller de formación por parte de la FAP. Asistieron los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 equipos de atención primaria (EAP) del sector Teruel.

- Suministro de TRDA desde farmacia de AP a todos los EAP y puntos de atención continuada (PAC) del sector Teruel (mayo 2018-diciembre 2019). Cobertura alcanzada: 100% EAP (consultas de pediatría y urgencias) y 100 % PAC.

- Elaboración y difusión de un protocolo de aplicación del TRDA según las escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico grupo A (βHGA) (mayo-junio 2018). Elaborado por la FAP. Cobertura alcanzada: 100% EAP.

- Sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos en pediatría (septiembre-diciembre 2018) en los EAP impartidas por la FAP/pediatras AP. Cobertura alcanzada: 100% EAP.

- Sesiones clínicas PROA-AP sobre Actualización en el tratamiento de las infecciones respiratorias y difusión de la guía de tratamiento empírico IRASPROA para personas clave PROA (10/04/2019) y pediatras de AP (12/04/2019) impartidas por la FAP.

- Sesiones clínicas PROA-AP sobre Actualización en el tratamiento de las infecciones respiratorias y difusión de la guía de tratamiento empírico IRASPROA para médicos de familia y personal de enfermería impartidas por la FAP/personas clave PROA. Cobertura alcanzada: 62,5% EAP.

- Talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica sobre optimización del uso de antibióticos y actuación ante fiebre y odinofagia. Impartidos por los pediatras de AP en 4 EAP del sector:
o 05/11/2018. C.S. Utrillas. Ponente: Amparo Valenzuela Foved. Pediatra AP.
o 07/04/2019. C.S. Aliaga. Ponente: Laura Ortiz Domínguez. Médico de familia.
o Enero 2019. C.S. Monreal del Campo y C.S. Santa Eulalia. María Cosculluela Aisa. Pediatra AP
o La pediatra de AP del C.S. Calamocha imparte la educación sanitaria en las consultas de pediatría por la dificultad de reunir a los padres para los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron las prescripciones de antibióticos sistémicos (subgrupo J01 de la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)) asociadas al diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72) en pacientes pediátricos (0-14 años) en dos periodos: mayo 2018 (pre-intervención) y enero 2020 (postintervención). Se calculó el porcentaje de prescripciones de antibióticos de primera elección (penicilina V o fenoximetilpenicilina (J01CE02) o amoxicilina (J01CA04) o fenoximetilpenicilina benzatina (J01CE10)) respecto al total de prescripciones de antibióticos sistémicos (J01) asociadas al diagnóstico R72* (%). El porcentaje de prescripción de antibióticos de primera elección en la faringoamigdalitis estreptocócica aguda en el sector Teruel han sido: 70,5% (mayo 2018) vs 85,7% (enero 2020) (p=0,05) ?

*Fuente de datos: sistema de información basado en las prescripciones realizadas en receta electrónica (DATA de Farmacia). Indicadores de calidad de la prescripción en AP (PED.01. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica).
? Chi-cuadrado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Las intervenciones dirigidas a cambiar el comportamiento de los profesionales sanitarios y a mejorar la educación de la comunidad y del paciente en la utilización de antibióticos, han supuesto una mejora en la prescripción de antibióticos de primera elección en la faringoamigdalitis estreptocócica aguda. Las intervenciones dirigidas como la formación, las auditorías y las herramientas de ayuda a la prescripción, pueden ser aplicables a optimizar el uso de antibióticos en otras patologías infecciosas frecuentes en la infancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/79 ===== ***

Nº de registro: 0079

Título
CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIÑANOS SANTIAGO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Faringoamigdalitis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda por *Streptococcus pyogenes* (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por McIsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.

En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
 - Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC).
- Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

MÉTODO

- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

DURACIÓN

- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018. Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.
- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LAINEZ LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLÉN JOAQUÍN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 19 de junio del 2018 se impartió un taller de formación de tres horas sobre actuación en fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria (dentro de la formación del Sector Teruel)

Asistieron 8 médicos de AP, una enfermera y un médico del 061. Este taller fue impartido por la responsable del proyecto, Teresa Lainez Lorente.

En él se explicaron los motivos por los que realizamos desde Dirección este proyecto: la baja prevalencia de FA detectada en nuestro sector y la necesidad de tener una vía de actuación dirigida a todos los profesionales para saber cómo actuar ante este tipo de arritmia.

El objetivo era saber detectar y diagnosticar una fibrilación auricular, conocer etiología y factores de riesgo, situaciones clínicas que se pueden presentar, utilización de las escalas de riesgo hemorrágico y embólico, protocolo de actuación, anticoagulación oral y seguimiento del paciente. Se explicó la vía de actuación que habíamos elaborado para saber cómo actuar tras la detección oportunista de un caso de FA, a qué tipo de pacientes iba dirigida, cuáles eran los criterios de implantación y como llevar a cabo un tratamiento correcto en AP. En nuestro sector todos los pacientes que se diagnosticaban de FA se derivaban a urgencias hospitalarias.

Esta Vía de Actuación ante paciente diagnosticado de FA en AP ha sido elaborada por un grupo de trabajo compuesto por médicos y una enfermera de Atención Primaria. Ha contado en todo momento con el asesoramiento de la Dirección de Atención Primaria.

Ha sido difundida en los 16 centros de salud de nuestro sector durante todo el año 2018 por la responsable del proyecto (Teresa Lainez), miembros del grupo de trabajo (Carmen Gallardo, Pilar Marco, Alfredo Morte, Manuel Galindo) y tres profesionales médicos que la presentaron en sus respectivos centros de salud (Valeriano Olivares en Mosqueruela, Carlos Matamala en Villel y Laura Ortiz en Aliaga)

La difusión en el 100% de los EAPs no significa que haya sido en el 100% de los profesionales. Tras analizar las hojas de firmas de los asistentes el porcentaje de profesionales que han recibido esta formación ha sido de aproximadamente un 80% incluidos MAC y EAC.

Uno de nuestros objetivos ha sido en todo momento que el Servicio de Hematología de nuestro hospital de referencia (HOP) estuviese de acuerdo en el manejo desde atención primaria de esta arritmia.

Tras cuatro reuniones mantenidas la Directora de AP (Matilde Martínez), la responsable del Proyecto (Teresa Lainez), el Director del HOP (Fernando Galve) y el jefe de Servicio de Hematología (Nicolás Gonzalez), la primera el día 26 de marzo del 2019 y posteriormente en mayo, junio y agosto, el día 19 de septiembre de 2019 la "Vía de Actuación en Fibrilación Auricular en Atención Primaria en el Sector Teruel" fue aprobada por los Directores de AP y del Hospital Obispo Polanco (HOP) tras la revisión del Jefe de Servicio de Hematología de dicho hospital.

El Director del HOP comunicó la existencia de esta vía al Jefe de Servicio de Urgencias y también a Cardiología.

Se habló con el Servicio de Informática del HOP y se habilitó una pestaña en la Intranet del Sector Teruel para Atención Primaria que recoge este documento (Intranet Sector Teruel - Primaria - Protocolos - Vía de Actuación en Fibrilación Auricular)

La dirección es: <http://172.25.112.163/blog/index.php/at-primaria>

Esta dirección se comunicó a todos los profesionales de los EAPs para que pudiesen acceder a ella.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al comienzo de nuestro proyecto, marzo 2018, la prevalencia de FA tras registro en OMI-AP en el Sector Teruel era muy baja, aproximadamente un 0,5 % en la población mayor de 40 años, sin embargo, la prevalencia en España era del 4,4% en este mismo rango de edad.

Nuestro objetivo ha sido aumentar la prevalencia (nuestro valor objetivo era pasar de 0,5 a 1%), diagnosticar casos nuevos y que los pacientes que cumplen una serie de criterios clínicos bien definidos, tal como explicamos en la vía, puedan ser tratados en atención primaria sin necesidad de derivarlos a urgencias del HOP, que es nuestro hospital de referencia.

En octubre 2019 la prevalencia de FA en nuestro sector había aumentado hasta un 3%, y en diciembre 2019 ha llegado a un 3,96% de la población > 40 años. Estos datos los hemos obtenido de OMI_AP.

Otro de nuestros objetivos era saber qué porcentaje de casos diagnosticados de FA en AP habían comenzado tratamiento anticoagulante en primaria, cumpliendo las indicaciones de la Vía de Actuación.

Para conseguir este dato, hemos tenido que contactar telefónicamente con todos los centros de salud del sector.

Nos han facilitado los CIA de pacientes que cumplían criterio de inicio de tratamiento anticoagulante y cuál había sido su actuación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Se han analizado las historias de 13 pacientes diagnosticados de fibrilación auricular en atención primaria y en los que se ha comenzado tratamiento con anticoagulante durante todo el año 2019. Los centros de salud que han comenzado a utilizar esta Vía de Actuación son: Albarracín (6 pacientes), Mosqueruela (2 pacientes), Santa Eulalia (1 paciente), Sarrión (1 paciente), Teruel Ensanche (2 pacientes), Utrillas (1 paciente). En todos ellos se ha utilizado el circuito de inicio y derivación, siguiendo las recomendaciones de actuación ante una fibrilación auricular de reciente diagnóstico que cumpla criterios de anticoagulación en Primaria. En el 100% de las historias revisadas se han pasado las escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED) y embólico (CHA2DS2-VASc), se ha solicitado analítica completa con coagulación, radiografía de tórax, ICV con cardiología y también llamada telefónica a hematología. En el 48% de estos pacientes se ha comenzado tratamiento con HBPM + Acenocumarol, tal como recomendaba la Vía de Actuación. En el 50 % se ha pautado HBPM sin asociar Acenocumarol y en el 2% no se ha pautado tratamiento anticoagulante esperando la contestación de Hematología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de esta Vía de Actuación en Fibrilación Auricular y su difusión a todos los centros de salud y profesionales sanitarios, ha logrado disminuir el número de pacientes con diagnóstico reciente de FA derivados a urgencias de nuestro hospital, ha aumentado la prevalencia de FA en nuestro sector, ha mejorado la atención al paciente optimizando la calidad de la atención médica y ha promovido la coordinación entre atención primaria y hospitalaria.

Este último aspecto no lo habíamos tenido en cuenta a la hora de diseñar el proyecto, pero nos ha parecido que después del trabajo realizado conjuntamente con el hospital, es importante la colaboración entre los dos niveles para continuar trabajando en otras líneas de actuación.

Hemos conseguido ofrecer una herramienta práctica, segura y rápida al médico de atención primaria permitiendo el inicio precoz del tratamiento anticoagulante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/80 ===== ***

Nº de registro: 0080

Título
VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Autores:
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.

Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP

No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP

Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs

Evaluación de resultados

INDICADORES

- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

DURACIÓN

- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MATILDE MARTINEZ MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- A lo largo del último trimestre de 2017 y del primero de 2018, se hicieron visitas a los 16 Equipos de Atención Primaria para exponer la estructura de los Acuerdos de Gestión, y a la par dar a conocer los Proyectos clínicos elegidos por la Dirección para el Contrato Programa del año 2018. Todos los Equipos disponen así de la presentación en PowerPoint de los mismos. En el caso del proyecto que nos ocupa, insistimos en la importancia de la determinación de la microalbuminuria y el filtrado glomerular para el despistaje de la nefropatía diabética y se les pasaron los resultados de ambos indicadores a fecha de diciembre de 2017, por equipos, en el Sector de Teruel en su conjunto, y comparados con los resultados de Aragón.
- A finales del primer trimestre de 2018 se solicitó a los facultativos que revisasen y registrasen listados de nuevos diagnósticos de nefropatía.
- El 21 de mayo de 2018, la responsable del proyecto (Matilde Martínez Martínez) impartió taller de formación sobre nefropatía diabética. Acudieron 13 profesionales, 6 médicos y 7 enfermeras. En dicho taller se trató la definición de nefropatía en los pacientes con diabetes, la clasificación y estadiaje de esta, para posteriormente establecer los criterios de derivación al servicio de nefrología y abordar el tema de la nefrotoxicidad de los fármacos antidiabéticos orales, para una posible intervención terapéutica en atención primaria. Todos los temas referenciados al Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón.
- Se envió el material presentado a cada uno de los participantes en el taller para la posterior difusión y puesta en común en sus respectivos equipos.
- En 2018 se enviaron de forma trimestral los cortes de los indicadores a evaluar en el proyecto, en cuanto a la determinación del filtrado glomerular, así como la determinación de la microalbuminuria a primera hora de la mañana, en los pacientes diabéticos. Y se solicitó acta al respecto de la valoración de la evolución de los mismos, tras discusión clínica en el seno de los equipos.
- En octubre de 2018 se repitió, aprovechando la constitución y puesta en marcha del Equipo PROA, la sesión sobre fármacos nefrotóxicos (antidiabéticos y fármacos de uso común) para que los responsables de URM la difundieran entre sus compañeros en los equipos. Dicha sesión se ha impartido en el 100% de los equipos del Sector de Teruel.
- En enero de 2019 se realizaron de nuevo visitas a los 16 equipos y se expusieron en este caso, de forma personal, los cortes correspondientes al cierre del año 2018.
- Durante 2019 se siguió el mismo procedimiento de seguimiento trimestral en cuadro de mandos de diabetes, a cada uno de los equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Teniendo en cuenta los bajos resultados de cobertura con fecha diciembre 2017, en cuanto a las determinaciones de microalbuminuria (26,34%) y filtrado glomerular (36,77%) en pacientes con diabetes (Cuadro de Mandos de Diabetes), tenemos que reseñar que dichos resultados se han incrementado por encima del valor mínimo objetivo que nos planteamos inicialmente en el proyecto (LI:50%-LS:60%).
- Para una primera evaluación antes de plantearnos que el proyecto fuera de continuación, en septiembre de 2018, según el Cuadro de Mandos de Diabetes del Sector Teruel el porcentaje de determinación de microalbuminuria fue de 59,82 % y el de filtrado glomerular de un 63,70 %. Los dos datos estaban por encima del valor mínimo meta que era del 50%.
- En fecha 13 de diciembre de 2018 las cifras eran un 61,84 % de determinación de microalbuminuria y un 64,96 % de determinación del filtrado. Cabía reseñar que los datos habían aumentado en un año sustancialmente.
- Ante estos resultados iniciales, consideramos mantener el proyecto, como de continuación, para seguir con la tendencia de incremento de dichos indicadores objetivo, de cobertura. Sin embargo, con fecha 31 de diciembre de 2019 los resultados han sido: revisión de microalbuminuria en el Sector de Teruel 62,24 % y revisión del filtrado glomerular 63,15%. Esto es, la tendencia se ha mantenido en los valores que inicialmente alcanzamos el primer año. Estos resultados son superiores a los obtenidos en Aragón, en cuanto a la microalbuminuria 48,78% y ligeramente inferiores en cuanto al filtrado glomerular en Aragón 64,48%. Si consideramos dichos valores por equipos, cabría decir que los valores más bajos (cercanos al 50%), de ambos indicadores, se han observado en los dos centros de salud urbanos.
- Entendemos que este hecho puede deberse a la variabilidad en la disponibilidad de los valores analíticos en cuanto al registro en OMI_AP, ya que los resultados de los pacientes que se realizan la extracción de analítica en el Hospital Obispo Polanco y no en su centro de salud, no se vuelcan en el programa de atención primaria.
- Otro dato que ha ido incrementándose, son los nuevos diagnósticos de nefropatía en pacientes con diagnóstico ya establecido de diabetes. Para ello se ha hecho búsqueda en la base de datos de GMA. A fecha 31 de diciembre de 2017 teníamos una tasa de IRC en pacientes con DM de 14,3, subió a 16,3 con fecha 30 de junio de 2018, a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

17 el 30 de junio de 2019 y se situó en 17,1 a 31 de diciembre de 2019. Acudimos a la fuente de datos de los GMA siendo conscientes de los sesgos tanto de registro, como de mismo código para diferentes patologías uro y nefrológicas en el OMI_AP.

- Intentando minimizar dichos sesgos, se solicitó autorización a la Gerencia del Sector para poder trabajar con las historias clínicas desde la Dirección de Atención Primaria, así como para poder solicitar los listados de los pacientes a los compañeros.
- Tras dicha autorización realizamos un estudio descriptivo obteniendo datos de clasificación de la nefropatía, en este caso diabética, a partir de datos de diagnóstico de diabetes y de filtrado glomerular y microalbuminuria, para posteriormente valorar la adecuación de las derivaciones al servicio de nefrología, así como la obtención de datos con indicadores de seguridad en el uso de fármacos en dicha patología. Para ello se diseñó la correspondiente hoja de recogida de datos.
- A fecha 31 de diciembre de 2019, había un total de 824 pacientes registrados en OMI_AP con diagnóstico de nefropatía diabética, lo que supone un 14,8% de prevalencia en los diabéticos de nuestro sector, por debajo de los valores estimados de dicha patología en los diabéticos en general, en torno a un 30%. De ellos, 297 son nuevos pacientes diagnosticados a partir del 1 de enero de 2018 y sobre estos se basa el estudio realizado en el proyecto, disponiendo en la actualidad de información preliminar del 20% aleatorizado de dichos pacientes.
- Únicamente consta estadiaje de la nefropatía diabética en un 37,5% de los diagnósticos, a pesar de que dicha clasificación viene explícita en la hoja de resultados de las analíticas.
- En cuanto a las derivaciones, un 37,5% de los pacientes son controlados en atención primaria o no han sido derivados a consultas de nefrología. Un 50 % han sido derivados a dicha especialidad hospitalaria por el diagnóstico de nefropatía diabética y un 12,5 % por otros motivos médicos.
- De los pacientes derivados, solo un 62,5% los criterios de derivación son adecuados y se ajustan a los establecidos en el protocolo del Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón
- Respecto al ajuste del tratamiento en los pacientes con diagnóstico nuevo de nefropatía diabética, decir que un 75% de los pacientes ya estaban en tratamiento con metformina, y tras intervención farmacoterapéutica, se retiró en el 37,5% de los pacientes. Sin embargo, en el mismo porcentaje se mantiene su uso y en todos estos por encima de 2000 mg/día.
- El 100% de los pacientes con nefropatía diabética revisados toman antidiabéticos orales, independientemente de que además tengan prescrita una insulina. En el 50% aproximadamente de los casos el antidiabético oral elegido es la repaglinida. El resto de antidiabéticos se utilizan en porcentajes menores.
- El tratamiento se ajustó teniendo en cuenta el diagnóstico de nefropatía diabética en un 62,5% de los pacientes. No es factible saber si dicho ajuste fue realizado por los médicos de familia u otra especialidad hospitalaria relacionada con la patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Coincidiendo la introducción en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco de la herramienta para el cálculo automático del filtrado glomerular (MDRD) y su volcado en el OMI_AP, el cálculo de la microalbuminuria en primera orina de la mañana y no con recogida de orina de 24 horas como venía realizándose hasta 2017, así como la difusión del proyecto sobre nefropatía diabética de la Dirección de Atención Primaria, han conseguido elevar las cifras de los indicadores de filtrado glomerular y microalbuminuria de los Acuerdos de Gestión Clínica del Sector de Teruel en las 16 Unidades Clínicas. Es evidente que las herramientas que facilitan la realización y la mecanización del trabajo mejoran la eficiencia de las actividades.
- En la línea anterior comentar que los datos más bajos en los dos indicadores se dan en los equipos urbanos, donde se encuentra el grueso de los pacientes. Pensamos que el hecho de que un porcentaje significativo de pacientes se haga la extracción en el laboratorio del hospital no favorece el registro de los datos, al no volcarse los mismos en OMI_AP. Para evitar este hecho, sería recomendable la integración Laboratorio-Modulab que ya se ha llevado a cabo en otros sectores de Aragón. Intentaremos realizar dicha gestión a través de nuestra Gerencia.
- Es posible que estemos cerca del techo del resultado de los indicadores, teniendo en cuenta que otros sectores que ya llevaban tiempo con las herramientas anteriormente citadas no obtienen mejores resultados.
- Es importante la comunicación y difusión de resultados de manera periódica, directa y personal a todas las unidades clínicas.
- Hemos detectado que un número elevado de profesionales no consulta el cuadro de mandos de forma habitual.
- A pesar de tratarse de una línea estratégica del Salud y obtenerse resultados positivos en el control de la patología de la Diabetes, cuando hemos hablado del Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón, en cada uno de los equipos, muchos de los compañeros lo desconocían y otros no lo habían leído. Como recomendación debemos seguir en la línea de la formación y difusión del Programa a través de los compañeros ya formados.
- Respecto a otros objetivos del proyecto, no hemos podido profundizar más allá de los datos extraídos del muestreo realizado. En este caso, ha sido un trabajo dificultoso por la falta de registro adecuado de los datos pertinentes para el desarrollo de dichos objetivos.
- El aumento de cobertura de los indicadores de microalbuminuria y filtrado glomerular ha servido parcialmente para un estadiaje y clasificación de la nefropatía, por otro lado, facilitado por el propio laboratorio, pero que no ha sido registrado en un porcentaje elevado. Además, atendiendo al estadiaje, cabe reseñar que los criterios de derivación a nefrología no se conocen lo suficiente, por lo que las derivaciones realizadas no son idóneas en más de un tercio de los casos.
- En cuanto a la intervención farmacoterapéutica en atención primaria, de igual modo falta registro, y se tiende a mantener la inercia terapéutica en más un tercio de los pacientes, con lo que ello supone para su seguridad.
- Así pues, consideramos prioritario mantener la formación de esta complicación microvascular de la diabetes, insistir en el registro de los datos relevantes y difundir de forma reiterada en las unidades, que lo importante no es elevar el indicador de cobertura solicitando más analíticas, para luego no pasar a una acción que aporte valor a nuestra actividad en cuanto a clasificación, manejo en nuestro nivel e intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

terapéutica. Planteamos repetir el taller en cada equipo, seguir informando de los resultados propios e incluso dentro de un proyecto nuevo, trabajar en seguridad con la Comisión, e incluso implementar una consulta de conciliación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBANEZ SAGRARIO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

MÉTODO
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

DURACIÓN
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones..... Abril 2018
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs... Desde Abril hasta Octubre 2018
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular Durante todo el año 2018
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía....Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro DAP TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAINEZ LORENTE MARIA TERESA
LASHERAS BARRIO MONICA
ORTIZ VILLANUEVA LOURDES
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
CERESUELA LOPEZ AMELIA
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto es promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida, reflexionando sobre el mejor entorno para morir (hospital o domicilio), suscitando en la población la importancia de asumir como algo propio el proceso del final de vida, para promover su participación en la toma de decisiones. Para poder llevarlo a cabo se han realizado varias actividades en distintas zonas de salud:

- Cineforum con la proyección de la película "Truman", promoviendo la reflexión y el debate general.
- Charla - coloquio sobre conceptos que generan confusión alrededor de la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa...

Se leen 6 casos prácticos y se explica la parte clínica.

- Café-coloquio sobre la vida y la muerte "Death Café", facilitando la reflexión y compartiendo experiencias.

- Juego de cartas "Qué es importante para mí en el proceso de final de vida", dirigido a la participación activa en el proceso del final de vida y a la toma de decisiones que afectan a los servicios sanitarios.

En la última actividad realizada en cada localidad se ha pasado una encuesta de valoración donde se tenía en cuenta la duración del taller, las expectativas, utilidad, material del taller y valoración del formador. Se ha preguntado si después de asistir al taller han pensado en la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), si les gustaría participar en un grupo de ayuda a personas enfermas y si el participar en este taller ha supuesto algún cambio en ellos.

Para finalizar la encuesta se pedía una valoración general del taller (1 es la valoración más baja y 5 la más alta)

Este proyecto se planteó en la Dirección de Atención Primaria en febrero 2019, durante el mes de marzo se decidió quien iba a formar parte del equipo de trabajo y comenzamos a repartir las tareas.

La primera actividad se realizó el día 13 de abril del 2019 en la población de Gea de Albarracín con la proyección de la película Truman a la que acudieron 27 personas. En esta población estamos pendientes de realizar el resto de actividades.

Las cuatro actividades de las que consta el proyecto se realizaron en:

- Barrio de San Julián de Teruel los días 21 y 28 de mayo, 4 y 11 junio de 2019
- Villafranca del Campo los días 22 y 29 de julio, 12 de agosto 2019
- Monreal del Campo los días 10,12 y 17 de septiembre 2019

En todas las poblaciones que se ha realizado el proyecto la colaboración y participación activa de los asistentes ha sido fundamental. Hemos contado con las asociaciones de amas de casa de cada localidad, que se han encargado de prepararnos café y pastas en la jornada "Death Café" donde se habla sobre la vida y la muerte, compartiendo experiencias y facilitando la reflexión conjunta sobre el proceso de final de vida y dando a conocer la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)

Este proyecto se presentó en las XVII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, XV Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial celebrado en Teruel los días 19 y 20 de junio de 2019. Se realizó un taller cuyo contenido fue una charla sobre escenarios relacionados con el final de vida etiquetando varios casos clínicos, Death café en grupos reflexionando sobre la importancia del buen morir y Planificación Anticipada y Compartida de Decisiones. En todas las actividades se animó a los asistentes a que iniciasen estas actuaciones en su práctica diaria profesional. Los docentes del taller fueron: Concepción Gómez Cadenas, Marta Agudo Rodrigo, Lourdes Ortiz Villanueva y Mónica Lasheras Barrio.

En la Universidad de verano de Teruel la responsable del proyecto Concha Gómez Cadenas dio una charla sobre PAD el día 18 de septiembre de 2019.

El día 4 de octubre en el VI Simposio Aragonés de Bioética, se ha presentado una Comunicación del CEA del Sector Teruel defendida por Lourdes Ortiz, con el título "Aprender a afrontar la muerte dignificando el final de vida" a la que asistieron unas 100 personas.

Se ha presentado una Comunicación Oral "Hablemos de lo que no se habla, la muerte" en las Jornadas de la RAPPs 2019 los días 27 y 28 de Noviembre en Zaragoza en el "I encuentro de Salud Comunitaria de Aragón" con aproximadamente 25 asistentes.

Este proyecto se está difundiendo a través del Comité de Bioética de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Barrio de San Julián de Teruel: 21 y 28 de mayo, 4 y 11 junio del 2019 con asistencia de 24 personas:

- 11 contestaron la encuesta de valoración (9 valoración global de 5 y 2 personas valoración global de 4)
- Reconocimiento correcto de los escenarios de final de vida: lo que más confusión genera son los términos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

relacionados con la eutanasia.

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 75%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 81,8%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 63%

Villafranca del Campo: 22 y 29 de julio, 12 de agosto del 2019

- Primera sesión: 41 personas
- Segunda Sesión: 27 personas
- Tercera sesión. 29 personas
- Contestaron 29 encuestas de valoración
- Valoración global del taller: 25 personas (puntuación de 5), 4 personas (puntuación de 4)
- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 60%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 68,96%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 58,62%

Monreal del Campo: 10-12 y 17 de septiembre 2019

- Primera sesión: 48 personas
- Segunda sesión: 47 personas
- Tercera sesión: 42 personas
- Contestaron 41 encuestas de valoración
- Valoración global del taller: 32 personas (puntuación de 5), 9 personas (puntuación de 4)
- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 78%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 63,40%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 56%

Hasta ahora el total de encuestas valoradas han sido 81. De ellas hemos obtenido el siguiente resultado en cada indicador:

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios del final de vida / número de personas que asisten a esta actividad: 86,4% (el valor objetivo era 50-60%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD): 67,9% (el valor objetivo era de 15-25%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes de talleres, colaboradores preparación talleres...): 58,02% (valor objetivo 5-10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los componentes del proyecto estamos muy satisfechos con el alcance que está teniendo y los resultados obtenidos. No sólo por la difusión realizada a través de Congresos y Comités sino por lo que nos transmiten las personas que asisten a las distintas actividades.

Muchas de ellas nunca se habían planteado hablar en su entorno familiar sobre el final de vida y después de asistir a este taller lo están haciendo.

En torno al final de vida se acumulan la mayor parte de problemas éticos, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familias. Conocer cómo se debe tratar el final de vida y la muerte con naturalidad facilita la reflexión sobre el proceso de morir y la realización de una necesaria PAD.

Analizando las encuestas de valoración de los asistentes percibimos que muchos de ellos han tenido la oportunidad de comunicar sus miedos a su pareja, hijos o familiares más cercanos. Hasta ahora no se atrevían a hablar de este tema con ellos.

Casi todos los asistentes resaltan el hecho de que la mayoría de las personas no quieren hablar sobre sus deseos en el caso que la enfermedad empeore o los coloque en situación de incapacidad, y son pocas las personas que abiertamente se refieren a una muerte próxima con la intención de planificar sus cuidados. Señalan que en nuestra cultura hablar sobre la muerte sigue siendo un tabú, esta percepción lleva a la sociedad a ignorarla y a esconder lo que se relaciona con ella.

Conocer la PAD donde se habla de valores y deseos que la persona quiere que sean tenidos en cuenta en la atención sanitaria para el final de su vida, resulta útil tanto para los profesionales sanitarios como para la persona y la familia. Existen evidencias del impacto positivo de la PAD en la calidad de los cuidados del final de vida. Supone la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por un equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente.

Por todo esto, nos parece importante seguir trabajando durante todo el año 2020. Realizaremos las actividades en otras localidades y se continuará difundiendo en el Comité de Bioética del Sector Teruel y de Aragón.

Todos los que trabajamos en este proyecto creemos que la atención al final de la vida debería ser importante en nuestro trabajo, tiene beneficios para los profesionales sanitarios, la institución, los pacientes y sus familias. Los profesionales deberíamos estar preparados para poder abordar estos temas, siempre desde la comprensión del paciente, sus valores y creencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Este proyecto es de la Dirección de Atención Primaria del Sector Teruel

*** ===== Resumen del proyecto 2019/535 ===== ***

Nº de registro: 0535

Título
APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE LA VIDA

Autores:
GOMEZ CADENAS CONCEPCION, LASHERAS BARRIO MONICA, AGUDO RODRIGO MARTA, CERESUELA LOPEZ AMELIA, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, ORTIZ VILLANUEVA LOURDES, GARCES MORERA CARMEN, LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe confusión en los diferentes escenarios relacionados con el final de la vida. La falta de formación genera confusión sobre términos relacionados con la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación, rechazo a tratamiento, limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico. Pese a que el paternalismo médico se ha superado, la sociedad se ha infantilizado, los usuarios evitan tomar decisiones importantes sobre el proceso de enfermedad y de muerte. Se está poco preparado para tomar decisiones difíciles. Se requiere un cambio sociocultural para que se recupere la capacidad y la tranquilidad para afrontar lo que es inevitable. Se muere más y mal en los hospitales. La falta de apoyo social en el final de la vida y la falta de confianza de los pacientes ante los sanitarios para tratar el tema de la muerte preocupa y produce desajustes a todos los niveles. Vemos que existe una falta de trabajo conjunto que facilite la comunicación, es importante concienciar a los sanitarios y a la población de que la muerte es parte de la vida. Entorno al final de la vida se acumulan el mayor número de problemas éticos, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familias. Existen recursos que pueden ayudar en estas situaciones, como los Comités de Ética y las unidades de Cuidados Paliativos. En el primer caso, son poco conocidos por sanitarios y por la población y en el segundo, a menudo son insuficientes o no se utilizan adecuadamente. Ante los retos que plantean las sociedades tecnificadas, deberíamos revisar el porqué la población ha dejado de ocuparse del proceso del final de la vida, y hacer lo posible para devolver este fenómeno a la sociedad, tratando la muerte con normalidad y naturalidad y promoviendo actividades que faciliten la reflexión sobre todo el proceso en general de la muerte y en particular sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida.
- Reflexionar acerca del mejor entorno para morir: hospital o domicilio.
- Suscitar en la población la importancia de asumir como algo propio el proceso del final de vida, para promover su participación en la toma de decisiones.
- Promover la creación de redes de colaboración en la atención y los cuidados al final de la vida.

MÉTODO

1. Cineforum donde se verán y analizarán diferentes películas y documentales para promover la reflexión y el debate general. Podrían ser "Truman" y "Los demás días"
2. Charla/Coloquio sobre conceptos que generan confusión alrededor de la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa, Documento Voluntades Anticipadas, Planificación Anticipada de Decisiones,...
3. Café-coloquio sobre la Vida y la Muerte, donde promover la reflexión sobre la muerte. Facilitando la reflexión conjunta y compartir experiencias. Atención al duelo y creación de redes de voluntariado, acompañamiento, etc. La idea surge al conocer los Death Café, ejemplo en España es el obrador Mamia de Vitoria. Se propone hacer grupos pequeños (6 personas) en torno a una mesa con café, pastas y un mantel en el que poder escribir, dibujar, etc. Con una persona que recoja lo que se habla, y proponer preguntas clave sobre las que hablar. Para cada pregunta dar 15-20 minutos. Tras cada pregunta se hace un cambio de mesa excepto la persona que recoge lo que se habla. La idea sería hacer 3-4 preguntas con una recogida final de los puntos relevantes.
4. Encuentros tipo café-coloquio-taller, dirigidos a explorar la PAD y el DVA. Se facilitará la participación utilizando estrategias como el juego de cartas "Qué es importante para mí en el proceso final de vida".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Estos encuentros irán dirigidos a promover la participación activa en el proceso del final de la vida, especialmente en la toma de decisiones que afectan a los servicios sanitarios.

INDICADORES

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios del final de vida/número de personas que personas que asisten a esta actividad (50-60%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) (15-25%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes de talleres, colaboradores preparación talleres...) (5-10%)

DURACIÓN

Febrero: Constitución del grupo de trabajo y reunión para elaborar el proyecto
Marzo-Abril: reuniones de trabajo y reparto de tareas
Abril-Junio: 1ª y 2ª actividad. Evaluación de las actividades realizadas y adecuación a las necesidades.
Julio-Agosto: evaluar, reflexionar como grupo y programar las actividades para final de año.
Septiembre-Noviembre: 3ª y 4ª actividad.
Diciembre: análisis de resultados
La duración de las actividades será entre 1 y 3 horas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GARCIA ROCIO
MARTINEZ SOTO ALMUDENA
PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES
VILLALBA YUSTE FERNANDO
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
HERRERA ALEGRE ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN:

a. Búsqueda bibliográfica y selección de la escala de satisfacción:

Entre los meses de abril y septiembre de 2019 se realiza búsqueda bibliográfica de evidencia de intervención de Terapia Ocupacional (TO) en unidades de hospitalización de Psiquiatría.

Consultamos también experiencias en otras Comunidades Autónomas (concretamente Navarra).

La escala de satisfacción decidimos basarla en el Cuestionario de satisfacción para pacientes y para familiares RMD (Gigantesco et al., 2002), pero realizamos una versión propia a partir de las preguntas tipo que realiza, ya que dicho cuestionario no mide las actividades ocupacionales propiamente dichas, ni encontramos ningún cuestionario afín.

Se elaboran encuestas de satisfacción para pacientes y para personal.

b. Coordinación entre TO del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios (CRP) (quienes llevan a cabo la intervención) y la TO de la Unidad de Psiquiatría (UCE) del Hospital Miguel Servet (HUMS), para compartir información y planificar intervención:

Se realizan 2 reuniones vía telefónica, en abril y mayo de 2019, así como comunicación vía mail hasta septiembre. Se aborda el tipo de intervención ocupacional desarrollada en el HUMS, las actividades más efectivas, metodología de trabajo,... ya que actualmente es el único centro que cuenta con servicios de TO en UCE en Aragón.

c. Coordinación y comunicación permanente entre las TO del CRP y el director del mismo, informando en todo momento de los días y horarios en los que dichas trabajadoras se iban a desplazar al Hospital Obispo Polanco (HOP), así como de las actividades a desarrollar y evolución del proyecto.

d. Reuniones de coordinación con el equipo de UCE HOP:

Previamente a estas reuniones, se revisa el documento "Presentación de la UCE de Psiquiatría" publicado por la Dirección de enfermería del HOP en su página web.

11 junio 2019: reunión con Psicología Clínica HOP para comenzar a programar la intervención.

18 junio 2019: reunión entre TO CRP y equipo multidisciplinar de la UCE HOP para puesta en común, concretar actividades, horarios,...

30 julio 2019: se envía por mail la programación de actividades de TO a equipo de UCE HOP (Psiquiatras, Psicóloga Clínica, coordinador de SM y supervisión de enfermería) y al director del CRP.

Además se mantuvo comunicación vía mail durante todo el periodo de planificación y ejecución del programa.

ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN:

a. Intervención directa entre los meses de octubre y diciembre de 2019, consistiendo en el desarrollo de actividades ocupacionales en la UCE del HOP, con una temporalidad de 3 sesiones a la semana (lunes, miércoles y viernes), de 60 minutos aproximadamente cada actividad.

b. Tareas de planificación y preparación de la actividad: organización del espacio de la sala, material, búsqueda y motivación de pacientes,... Aproximadamente 40 minutos

c. Breve reunión de equipo. Aproximadamente 20 minutos

d. Tareas de registro de la asistencia y análisis de la actividad. Aproximadamente 30 minutos.

e. Por falta de tiempo, no se han podido realizar tareas de evaluación ocupacional previa de los pacientes. Esto ha dificultado enormemente la planificación de las actividades: algunos días se han tenido que hacer cambios inmediatos de tarea (al haber cambiado el perfil y las necesidades de las personas ingresadas), no se ha podido establecer alianza terapéutica adecuada y ha dificultado el manejo de algunas situaciones (relacionadas con la motivación hacia las actividades, conductas inadecuadas,...)

En total se han realizado 29 sesiones, 3 días /semana (lunes, miércoles y viernes), precisando entre 2 y 3h para cada sesión.

A continuación, se expone la programación de dichas actividades, enviada el 30 julio de 2019 a todo el equipo de UCE HOP:

LUNES

ACTIVIDAD: ¡AHORA TE TOCA A TÍ!

HORARIO: 9:15 a 12:15h (Reunión equipo + preparación actividad + actividad)

OBSERVACIONES: se necesita una persona de apoyo en la actividad

OBJETIVO PRINCIPAL: Crear un espacio de reflexión y análisis donde el foco de atención esté puesto en lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

pasa a nuestro alrededor, que favorezca la participación activa a nivel individual o grupal y que incite a los participantes a intentar remediar determinados problemas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Habilidades psicosociales:
 - * Aumentar la autoestima y autoeficacia
 - * Favorecer el sentido de pertenencia al grupo
 - * Potenciar la conexión con los demás y la sociedad
 - * Mejorar las habilidades y las relaciones sociales
 - * Fomentar la colaboración y cooperación
 - * Promover valores como el altruismo, la igualdad, la responsabilidad, el compromiso y la solidaridad
- Habilidades cognitivas:
 - * Atención
 - * Concentración
 - * Memoria
 - * Lenguaje
 - * Calculo
 - * Praxias
 - * Gnosias
- Funciones ejecutivas:
 - * Metapensamiento
 - * Reconocer o evaluar las consecuencias de una acción o conducta
 - * Cognición social
 - * Empatía
 - * Anticipar, planificar, secuenciar y monitorizar una acción o conducta
 - * Regulación de la conducta
 - * Flexibilidad
 - * Autocontrol
 - * Inhibición
 - * Conducta social
 - * Búsqueda de alternativas
 - * Toma de decisiones
 - * Resolución de problemas
 - * Pensamiento divergente

MIÉRCOLES

ACTIVIDAD: TALLER DE CREATIVIDAD Y EXPRESIÓN

HORARIO: de 8:30 a 11:30h

OBSERVACIONES: se necesita una persona de apoyo en la actividad

OBJETIVOS:

- Favorecer la participación social, como área de ocupación
- Validar los valores individuales y de grupo
- Ejercitar destrezas sensoriales y perceptivas: especialmente visual, táctil y propioceptivo
- Ejercitar habilidades psicomotoras y de praxis
- Ejercitar destrezas de regulación emocional: ofrecer un medio de expresión emocional, facilitar la liberación de tensión interna y el entretenimiento, fomentar la expresión simbólica de expectativas, deseos, temores, emociones y valores
- Ejercitar destrezas cognitivas: fomentar la creatividad, la planificación de la tarea, atención, fluidez verbal,...
- Ejercitar habilidades sociales y de comunicación: favorecer el diálogo y la interacción, ampliar la capacidad comunicativa y expresiva en situaciones especiales (como bloqueos, inhibiciones,...), facilitar la expresión al favorecer su relajación, entrenar habilidades sociales (escucha activa, hacer y recibir cumplidos, empatía,...), minimizar el impacto social del síntoma
- Favorecer la estructuración de la rutina dentro de la unidad
- Facilitar a los facultativos un medio alternativo para explorar la psique de los pacientes
- Mejorar la percepción de control, a través del manejo del material

VIERNES

ACTIVIDAD: GESTIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y OCIO

Se plantean actividades fuera de la unidad, en el contexto comunitario, tras valorar semanalmente en reunión con el equipo interdisciplinar, aquellos usuarios susceptibles de beneficiarse.

HORARIO: de 11 a 13h (Reunión de equipo + actividad)

OBSERVACIONES: se requiere personal de apoyo para la actividad.

ACTIVIDADES DE TRABAJO CORPORAL: en la zona del Parque de los Fueros.

Objetivos de trabajo planteados:

- Mantener o mejorar el estado físico general (movilidad, tono muscular, resistencia, función cardiovascular y respiratoria).
- Ayudar a paliar los efectos secundarios que la medicación puede tener sobre el sistema neuromuscular.
- Generar estados de bienestar psicológico mediante el bienestar físico (liberar tensiones, incrementar el nivel de respuesta,...).
- Motivar la adquisición de hábitos de higiene personal asociados a la actividad física.
- Reconocer y practicar el movimiento como medio de comunicación y expresión.

ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL: actividades motivadas intrínsecamente para relajarse y/o disfrutar espontáneamente de los recursos que la comunidad ofrece.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Objetivos de trabajo planteados:

- Trabajar habilidades de exploración de actividades de ocio y tiempo libre: Identificar sus intereses, destrezas y oportunidades.
- Promoción del uso constructivo del tiempo libre y la exploración y provisión de actividades de ocio en el entorno comunitario.
- Planificación y participación en actividades de ocio tanto individuales como desarrolladas con otras personas desarrolladas en el entorno comunitario, para así facilitar la integración social.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN:

Medición del grado de satisfacción de pacientes y personal con el proyecto, a través de los cuestionarios elaborados. Ambas encuestas consistían en 7 preguntas autoadministradas (5 cerradas con escala Likert y 2 abiertas en las que se piden comentarios e ideas de mejora).

Ante la imposibilidad de poder entregar los cuestionarios de satisfacción, se decide que los mismos sean administrados al alta por los Facultativos de la UCE, quedando dichas evaluaciones en el despacho de Psiquiatría. Los cuestionarios para el personal se dejan en el despacho de la supervisora de enfermería, siendo voluntaria su cumplimentación.

Se registran también datos de asistencia a las actividades, en relación con el número de pacientes ingresados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE TO:

Nº pacientes atendidos por TO en la UCE HOP entre octubre y diciembre 2019/ Nº total pacientes ingresados en el mismo periodo de tiempo x 100: $41/49 \times 100 = 83,6\%$. Objetivo cumplido.

Del 16,3% de pacientes que no fueron atendidos desde TO, se registran las siguientes causas: precisar contención mecánica, programado para TEC esa mañana, estar en consulta médica, descanso pautado, no autorización para las actividades de salida externa o verbalización de negativa a participar en las actividades.

2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN AL ALTA:

Nº pacientes con cuestionario satisfacción realizado/ Nº pacientes atendidos por TO x 100: $11/41 \times 100 = 26,82\%$. Objetivo no cumplido.

Como hemos señalado anteriormente, las encuestas de satisfacción fueron entregadas a los facultativos de la planta, pero muchas de ellas no pudieron ser entregadas por causas ajenas a nuestro control.

Resultados de dichas encuestas:

- El 100% de los pacientes encuestados habían participado en alguna actividad de TO
- Al 100% de los pacientes encuestados les ha gustado tener actividades de TO durante el ingreso. Concretamente uno de ellos señala la salida terapéutica como su favorita
- Al 18,1% de los pacientes encuestados, el tiempo dedicado a las actividades de TO le ha parecido insuficiente. Al 45,4% escaso. Al 18,1% mucho. Otro 18,1% ha señalado que el tiempo ha sido adecuado y una persona concretamente ha señalado que a veces no le han interesado.
- El 100% de los pacientes encuestados opinan que hacer actividades de TO les ha ayudado en su proceso de recuperación
- El 90,9% de los pacientes encuestados habían tenido ingresos anteriores en la UCE. De ellos, el 90% creen que las actividades de TO completan la atención de la unidad. El 10% cree que no.

En la encuesta, se pregunta de forma abierta qué otras actividades les hubiera gustado realizar, señalando:

- "Hacer turismo"
- "Tratar más temas", "contar lo que le ocurre a cada uno", reuniones de grupo aportando ideas"
- "Más actividades"
- "Manualidades ", "Taller de arte y pintura", "dibujar"
- "Música"
- "Jugar a las cartas", "jugar al ajedrez", "juegos"
- "Más permisos de salida"
- "Terapia cognitiva"
- "Salir a fumar de forma organizada"
- "Dar paseos nocturnos"

En los comentarios abiertos, señalan:

- "Muchas gracias para todos los compañeros"
- "¡Todo el personal de la planta insustituible, bien!"
- "Está bien"
- "Es muy útil y entretiene mucho"
- "Las charlas son buenas como terapia"
- "Agradecido por cuidarme"
- "Gracias por desarrollar talleres ocupacionales, frente a la monotonía del ingreso es necesario poder recrear la mente"
- "He estado muy bien, contenta en las actividades"
- "No he asistido a los grupos en planta porque si me pongo a piar el pajarito se podría ir a casa"
- "Ha estado muy bien"

3. PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE RELLENAN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Nº profesionales de UCE HOP con cuestionario satisfacción realizado/ Nº total profesionales de la UCE HOP x 100: $10/19 = 52\%$. Objetivo no cumplido.

Se han tenido en cuenta: psiquiatras, MIR, psicología clínica, enfermería, EIR y TCAE. Nº personal según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

información publicada en página web Hospital.

Como hemos señalado anteriormente, las encuestas de satisfacción para profesionales se depositaron en el despacho de supervisión de enfermería y su cumplimentación era voluntaria.

Resultados de dichas encuestas:

- El 100% del personal encuestado manifiesta que ha podido colaborar y/o observar alguna actividad de TO
- Al 100% del personal encuestado le ha gustado tener actividades de TO en la unidad
- Al 90% del personal encuestado el tiempo dedicado a las actividades de TO le ha parecido escaso. Al 10% le ha parecido mucho
- El 100% del personal encuestado cree que las actividades de TO pueden ayudar a los procesos de recuperación de salud mental
- El 80% del personal encuestado cree que las actividades de TO completan la atención de la unidad. El 20% cree que no.

En la encuesta, se pregunta de forma abierta qué otras actividades/necesidades ocupacionales consideran que han quedado por cubrir, señalando:

- "actividad física", "deporte"
- "manuales"
- "AVD instrumentales"

En los comentarios abiertos, se indica:

- "incluir TO dentro del equipo"

4. IMPACTO DEL PROYECTO:

Consideramos que el impacto ha sido positivo.

La cobertura de atención a pacientes ha sido mayor de la esperada inicialmente (se planificó un 20% de pacientes atendidos desde TO y se logró un 83,6%) y la efectividad ha sido buena y aceptada (a tenor de los resultados de las encuestas).

Este impacto ha hecho que ya en diciembre de 2019 se planteara un nuevo horario de actividades de enfermería con los pacientes, a raíz de la nueva rutina instaurada y la buena aceptación por parte de los pacientes de las diversas actividades ocupacionales desarrolladas por las TO del CRP.

Por ello, entendemos que la rutina implantada se ha considerado positiva en el proceso de recuperación

5. FUENTES DE DATOS:

Datos obtenidos de:

- cuestionarios satisfacción para pacientes
- cuestionarios de satisfacción para personal
- base datos HOP
- registro de TO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sostenibilidad: consideramos que el esfuerzo realizado por las TO del CRP para mantener la actividad no se puede sostener más tiempo del periodo programado, ya que ha supuesto una carga de trabajo adicional, en detrimento de la calidad de la asistencia en sus respectivas unidades del CRP. Señalar que este proyecto únicamente ha salido posible gracias a las facilidades y el apoyo dadas desde la Dirección del CRP.

Replicación: la replicación de este proyecto no es posible a menos que desde la Dirección del HOP propongan la contratación de un TO para desarrollarla. Consideramos que dicha figura profesional sanitaria mejoraría la calidad de la asistencia, no sólo en la unidad de Psiquiatría, sino también de otros servicios, como Rehabilitación, Neurología, ...

El material de las actividades desarrolladas quedaría a disposición de dicha persona, aunque nuestras recomendaciones serían:

- Emplear tiempo en la evaluación de cada paciente, para poder elaborar un buen perfil ocupacional
- Participar en las reuniones de equipo, para poder coordinar las actividades con los objetivos del paciente
- Desarrollar tanto intervenciones grupales como individuales, en las distintas áreas y habilidades de desempeño ocupacional (AVD, ocio, laboral, entorno, destrezas psicomotrices, cognitivas, sociales,...)
- Emplear tiempo en registrar
- Coordinar actividades con equipo de enfermería y TCAE, para favorecer que en las actividades haya al menos siempre 2 profesionales, que es lo que recomiendan en las guías.

Los buenos resultados en las encuestas de satisfacción, tanto de pacientes como de personal, además del hecho de observar que ellos mismo consideran que la TO ayuda en los procesos de recuperación de salud mental aguda, debe animar a los responsables de gestión a valorar el coste-oportunidad de este proyecto, con la posibilidad de introducir esta figura profesional sanitaria en los equipos del HOP

7. OBSERVACIONES.

Quedan pendientes las actividades de divulgación de resultados del proyecto a los centros implicados (dirección HOP, jefe servicio Psiquiatría, supervisión de la unidad, dirección del CRP,...) que fueron programadas en el calendario para febrero de 2020.

Dicha divulgación se realizará en el formato que se considere más adecuado, pendiente de concretar y elaborar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, LOPEZ GARCIA ROCIO, MARTINEZ SOTO ALMUDENA, PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES, VILLALBA YUSTE FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Nuevas acciones

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En España existe experiencia de Terapia Ocupacional (TO) en Unidades de Psiquiatría de hospitales generales en comunidades autónomas como Cataluña, Navarra, Galicia, Andalucía, etc. Pero no ha sido hasta el pasado diciembre de 2018 cuando se ha contratado a este profesional en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, quien desarrolla actividades ocupacionales con un buen nivel de satisfacción tanto por parte de los pacientes como del equipo de la unidad.
En el Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel no existe todavía esta figura profesional y por ello nos proponemos realizar un breve proyecto piloto para observar la pertinencia de las actividades ocupacionales dentro de su Unidad de Psiquiatría y ver si el impacto de satisfacción es similar.
Entendemos que las condiciones del ingreso hospitalario psiquiátrico pueden potenciar síntomas y conductas psicopatológicas como ansiedad, impulsividad, irritabilidad, desorientación, apatía, resistencias en la vinculación a la unidad,... y la actividad terapéutica puede ayudar a la reorganización conductual del paciente por diversos aspectos:
Es un gran canalizador de este tipo de conductas.
Tiene un gran potencial en la construcción o reconstrucción de su identidad personal.
Vuelve partícipe al paciente en su proceso de tratamiento, convirtiéndolo en elemento activo y colaborador, aspectos fundamentales en su propia evolución.
Propicia conductas y aptitudes terapéuticas: responsabilidad con el proceso, relaciones interpersonales más saludables, orientación hacia la solución de problemas,...
Por ello el proceso de evaluación, evolución y análisis ocupacional es beneficioso tanto para el proceso terapéutico mismo como para el resto de profesionales que intervienen en éste.

La atención de TO en una unidad de agudos está dirigida a:
1. Minimizar el estrés emocional que supone el ingreso hospitalario.
2. Disminuir el impacto de la descompensación psicopatológica, sirviendo de soporte al tratamiento farmacológico.
3. Conformar una rutina ocupacional estable y graduada conforme la evolución del paciente.

Presentamos entonces este proyecto de coordinación entre varios centros asistenciales: HUMS (cuya TO facilitará información acerca de las actividades e intervenciones más convenientes), HOP (centro donde se va a llevar a cabo la intervención) y CRP (cuyas TO desarrollarán el proyecto).

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un breve proyecto piloto de TO en la Unidad de Psiquiatría del HOP de Teruel
- Evaluar la satisfacción de los pacientes y equipo multidisciplinar con las actividades de TO
- Divulgar los resultados de este proyecto piloto entre los centros implicados

MÉTODO
1. Planificación del proyecto:
a. búsqueda bibliográfica de evidencia para seleccionar actividades ocupacionales más apropiadas y selección de la escala de evaluación de satisfacción
b. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con la TO de la Unidad de Psiquiatría del HUMS, para coordinar las actividades del proyecto piloto con la experiencia previa en esta unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- c. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención y el director del CRP San Juan de Dios, para coordinar horarios entre ambos dispositivos (CRP y HOP)
 - d. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con el equipo multidisciplinar de la Unidad de Psiquiatría del HOP (psiquiatras, psicólogo clínico, enfermería, TCAE) para coordinar actividades ocupacionales y planificar horarios, días de intervención, espacio,...
2. Ejecución del proyecto: realización de actividades ocupacionales en la planta de Psiquiatría por TO
3. Evaluación del proyecto: medición del grado de satisfacción de pacientes y profesionales con las actividades ocupacionales, así como otros aspectos que se crean convenientes

INDICADORES

- N° pacientes atendidos por TO en la Unidad de Psiquiatría entre octubre y diciembre 2019 / N° total pacientes ingresados en el mismo período de tiempo x 100. Objetivo: igual o mayor al 20%
- N° pacientes con evaluación de satisfacción realizada / N° pacientes participantes en alguna actividad de TO x 100. Objetivo: igual o mayor al 80%
- N° profesionales con evaluación de satisfacción realizada / N° total profesionales planta de Psiquiatría x 100. Objetivo: igual o mayor al 80%

DURACIÓN

- Abril - septiembre 2019: planificación del proyecto
- Octubre - diciembre 2019: ejecución del proyecto
- Enero 2020: evaluación del proyecto y medición de indicadores
- Febrero 2020: divulgación de resultados a los centros implicados (dirección HOP, jefe servicio Psiquiatría, supervisión de la unidad, etc)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE FELISA YUSTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ LOSA CARLOS
ESPARZA IZQUIERDO EDURNE MARIA
GARCIA RODRIGUEZ ALMUDENA
RAMAJO FERNANDEZ NAIARA
RUEDA GRACIA MARIA ISABEL
RUEDA MARQUES BEATRIZ
SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora una carpeta física y en el ordenador del despacho de enfermería donde se explica la metodología de la elaboración del proyecto, el desarrollo y temática de las sesiones de psicoeducación enfermera. Se transmite toda esta información a los participantes del proyecto.

Se elabora un ckeck list propio donde quedan reflejados los factores de riesgo implicados y su puntuación. (p. abdominal >102 hombre/>88 mujeres. Hipertrigliceridemia >= 150 mg/dl o tto farmacológico. HDLc o tto farmacológico<40 mg/dl hombre/<50 mg/dl mujer. HTA o tto farmacológico >= 130/<= 85 mmHg. Y Glucemia basal >110 mg/dl o tto farmacológico. Cuyos datos se extraen de la historia médica y de los registros de enfermería.

Además, este ckeck list incluirá edad, recurso donde está ingresado (centro de día o UME) diagnóstico, antecedentes de enfermedad orgánica y su tratamiento para ella, hábito tabáquico y tratamiento antipsicótico actual.

Elaboración de sesiones psicoeducativas en formato power point en junio y julio de las presentaciones con los contenidos y test acordados previamente (en la primera sesión se pasó el objetivo enfermero NOC : conductas saludables y test adherencia medicación de Morisky - Green-Levine). Contenidos de las sesiones: 1 trastorno mental grave obesidad, HTA, diabetes y relación con la salud. 2. Sueño y adherencia al tratamiento. 3 Tabaquismo, consejos para dejar de fumar. (se les pasó test de Richmond antes de la sesión) 4. controles del peso, sedentarismo y beneficio del ejercicio físico. 5. Alimentación sana, generalidades, cómo comemos, dieta mediterránea. 6.compra de alimentos, etiquetas y su lectura y preparación de alimentos. 7. comida emocional, picar entre horas. Técnicas de cocina baja en calorías. 8.técnicas alternativas de manejo de la ansiedad: relajación (grupo práctico). Al terminar las sesiones se volvió a pasar el NOC: conductas saludables y el Test Morisky - Green-Levine.

En agosto se realiza una revisión y puesta en común de las presentaciones y en septiembre se empieza a realizar la psicoeducación enfermera en el siguiente encuadre: grupo enfermero "vivir saludablemente" cada martes de 11:30 a 12: 25; dentro de los grupos rehabilitadores de la UME-Centro de Día. Y tras cada sesión se registra el contenido y desarrollo de la clase: Participantes, miembros del personal quien la imparte, incidencias detectadas y el inicio de la siguiente sesión. Se guarda en el ordenador de enfermería y en formato papel impreso en la carpeta física destinada al proyecto.

Medidas preventivas: psicoeducación enfermera anteriormente citada, control del peso cada 15 días, control cada 15 días de glucemia capilar en ayunas a las personas diabéticas, control de cifras de TA cada 15 días. ECG al ingreso y cada seis meses, analítica completa al ingreso si no se dispone de analítica previa reciente en otro dispositivo, al año de ingreso y cuando proceda para controlar parámetros alterados. Adicionalmente de estas mediciones, en el caso que se observen alteraciones de los parámetros, la frecuencia de la obtención de estos registros se realizará en función de las necesidades de cada individuo y de la prescripción del facultativo correspondiente. Se mantiene una constante y estrecha comunicación entre enfermería y los facultativos para que, ante cualquier anomalía de estas mediciones, poder realizar una derivación al facultativo correspondiente y/o modificar tratamiento si procede. Dieta hipocalórica baja en grasa, reducción de sal en las comidas a hipertensos, dieta de diabética a pacientes con glucemia alterada. Inclusión a los grupos de ejercicio físico de la unidad y fomento del paseo diario en su tiempo libre. Adhesión al tratamiento individual en el grupo diario "adhesión al tratamiento" de la preparación personal de sus respectivos tratamientos y en grupo de psicoeducación de la unidad. Supervisión directa en la toma de tratamiento en la unidad. Motivación individual y grupal de seguimiento y mantenimiento de los hábitos generadores de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- % de check-list cumplimentado/ total de pacientes con criterio de síndrome metabólico. 100%

Se rellenó chek-list a todos los pacientes en UME y pacientes de CD que participaran en las sesiones psicoeducativas y que realicen una comida mínima dentro de la unidad. 4 de ellos fueron dados de alta a mediados del programa de abordaje del síndrome metabólico, que tienen positivo el check list de Síndrome metabólico y 1 paciente presentada factores de riesgo de sedentarismo y perímetro abdominal elevado y tratamiento antipsicótico y 1 paciente más por motivos familiares interrumpió la asistencia al grupo psicoeducativo.

Check list positivo: 19.2 % de estos el 100 % presenta además de factor de riesgo de tratamiento psiquiátrico y de estos 80 % presenta además tabaquismo y sedentarismo.

Check list negativo con factor de riesgo: 80% de estos el 100 % con factor de riesgo de tratamiento psiquiátrico que favorece el desarrollo del síndrome metabólico, 52% presenta tabaquismo y 38% presenta sedentarismo o poca actividad. 17.1 % presenta perímetro abdominal elevado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
2- % de pacientes con DM- HTA- hipertrigliceridemia con acciones preventivas/ Total de pacientes hospitalizados con DM- HTA-hipertrigliceridemia con cifras alteradas. 100%.

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
3- % de pacientes a los que se les ha realizado revisión farmacológica, tanto de prescripción, concordancia y adherencia/ total de pacientes hospitalizados con criterio de síndrome metabólico 100%

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
4- % sesiones realizadas/total de sesiones planificadas. 100%

Finalmente se realizaron 13 sesiones psicoeducativas de las 8 planificadas previamente ya que varios temas se desarrollaron en varias sesiones.

Fuente: registro sesiones de enfermería del grupo psicoeducativo.

5- % pacientes con bajada de peso ponderal (bajada de 4.5 kg o 5% del peso corporal) / total de pacientes a los que se les ha realizado educación sanitaria para disminuir de peso. 41%

Fuente: registros de enfermería y registro sesiones psicoeducativas.

Se realizó psicoeducación y medidas preventivas para la bajada de peso a todos los pacientes incluidos en el programa. A pesar de que el resultado del indicador no sea elevado, los resultados a nivel general han sido buenos ya que estos pacientes se enfrentan a barreras para lograr una disminución de peso (fármacos, síntomas negativos de enfermedad); En la unidad los profesionales implicados en su cuidado se les motiva y refuerza la bajada de peso mayoritariamente y/o el no aumento ya que para estos pacientes les supone un gran sobre esfuerzo en comparación a otra población que no presenta estas características.

Resultados a final de diciembre (obesidad grado I 30-34.9 según IMC):

-disminuyeron de peso 38%. el 7% presentaban obesidad y el resto sobrepeso

-aumentaron: 19% Y EL 6% de éstos presentaban obesidad grado I

-mantenimiento 43 %. no presentaban obesidad. sólo sobrepeso en el 80%.

Noc 01805 conocimiento: conductas saludables:

Se rellenó al comienzo del taller psicoeducativo de enfermería (septiembre) y se volvió a rellenar en diciembre y se evidenció un aumento general de puntuación de los indicadores (mayoritariamente "moderado").

Se pasó el test de MORISKY-GREEN-LEVINE

Antes de comenzar las sesiones psicoeducativas y al terminarlas (septiembre y diciembre) no mostrando diferencias significativas en el pre y post test. El 80 % se consideran adherentes y el 20 % se consideran no-adherentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el equipo de enfermería de CD-UME de Teruel valoramos positivamente la realización de este proyecto, ya que nos ha permitido mejorar el control del síndrome metabólico y detección temprana los factores de riesgo relacionados con este síndrome (medicación antipsicótica, tabaquismo, sedentarismo), mejora de los conocimientos de hábitos de conductas saludables de los pacientes y así también ser conscientes del déficit de conocimientos para introducir grupos de educación para la salud enfermeros que abarquen dichos temas carenciales a tratar. Así pues, en esta unidad nos enfrentamos a los característicos síntomas negativos propios del TMG y en gran medida, somos todos los miembros del equipo multidisciplinar que formamos esta unidad lo que generamos la motivación y /o estimulación para realizar cambios y mantenimiento de hábitos saludables.

7. OBSERVACIONES.

Este trabajo continúa como mejora dentro de la unidad, logrando que todos los profesionales de la unidad participen en un proyecto común. Además, tiene un enfoque asistencial que tiene como fin el paciente, como eje central, y por tanto requiere una atención interdisciplinar basándose en sus necesidades y expectativas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/587 ===== ***

Nº de registro: 0587

Título
ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Autores:
YUSTE VICENTE FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente en nuestra Unidad de media y Centro de Día del CRP estancia atendemos a pacientes con patología mental grave en tratamiento con antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo y con estilos de vida poco saludables como son el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo; tratamientos, estilos de vida y patología que se han relacionados con el síndrome metabólico.

En el encuadre de autoevaluación y mejora de nuestra actividad asistencial, y teniendo en cuenta nuestra función de abordaje integral de las personas ingresadas, hemos comenzado a tener cada vez más presente nuestra función en la prevención de complicaciones somáticas. Concretamente, tratamos de prevenir la obesidad y otros factores que aumentan el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.

Los factores de riesgo implicados son:

- obesidad abdominal (102 en varones y 88 en mujeres)
- hipertrigliceridemia (TG >=150)
- HDL bajo (<40 hombres, <50 mujeres)
- tensión arterial elevada (>130/85)
- glucemia basal (>110)

En la unidad deberíamos de utilizar registros de todos los pacientes atendidos, de aquellos que cumplan que cumplan dichos criterios, programar sesiones de educación para la salud y de fomento del ejercicio físico, alimentación saludable y seguimiento y control del peso y de factores analíticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar y promover estilos de vida saludables, dentro de los pacientes atendidos en nuestra unidad.

? Disminución de peso en el tiempo del ingreso, de aquellos pacientes que cumplan criterio de obesidad.

La pérdida ponderal clínicamente será aquella en la que se disminuya 4.5 kg o >5% del peso corporal. Dependerá del tiempo de hospitalización de dicho paciente.

? Controlar la glucosa plasmática postprandial, dentro de cifras normales, con dietas que tengan baja carga glucémica.

? Revisar los tratamientos farmacológicos utilizados en los pacientes con DM, hipertrigliceridemia e Hipertensión arterial.

? Realizar un plan de sesiones, dentro de la unidad, donde se planifiquen objetivos, programa y calendario.

MÉTODO

Para el abordaje de dicho proyecto, vamos a elaborar un Check-list, donde van a quedar reflejados los factores de riesgo implicados y su puntuación. Todo con una escala tipo Likert de 1 a 5.

? Registro mediante acta de las sesiones de educación para la salud. En ellas se registrará número de pacientes, nombre y apellidos, fecha, nombre de la sesión, tiempo de la sesión y docente. Realización de un calendario de sesiones, de manera semestral.

? Realizaremos un listado de todos los pacientes que cumplan criterios y que pueden entrar en dicho plan.

? Revisión de la prescripción, concordancia y adherencia, en los

pacientes con DM, hipertrigliceridemia e HTA. Utilizaremos para la evaluación de la adherencia, el test de MorinskyGreen-levine.

INDICADORES

? % de check-list cumplimentado/ total de pacientes con criterio de síndrome metabólico.

? % sesiones realizadas/total de sesiones planificadas.

? % de pacientes con DM- HTA- hipertrigliceridemia con acciones

preventivas/ Total de pacientes hospitalizados con DM- HTA-hipertrigliceridemia con cifras alteradas.

? % pacientes con bajada de peso ponderal/ total de pacientes a los que se les ha realizado educación sanitaria para disminuir de peso.

? % de pacientes a los que se les ha realizado revisión farmacológica,

tanto de prescripción, concordancia y adherencia/ total de

pacientes hospitalizados con criterio de síndrome metabólico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

DURACIÓN

? En el mes de mayo, vamos a realizar el check-list que vamos a cumplimentar con los pacientes con criterios de síndrome metabólico.
? En el mes de junio, realizaremos una planificación de las sesiones de educación sanitaria a implantar a partir de octubre.
? A lo largo del verano, realizaremos las sesiones en formato powerpoint.
? Octubre: puesta en común de las sesiones y presentación de las mismas al resto de compañeros de la unidad. Realización de lluvia de ideas y puesta en común.
? Octubre, noviembre y diciembre: control de pacientes con DM, hipertrigliceridemia e HTA, revisión del tto farmacológico, control de peso, control cifras de TA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA HERNANDEZ MARTIN
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE GASQUE MARIA PILAR
COMET BERNAD MACARENA
CASTELLOTE GONZALEZ ISABEL
RUBERTE GRESA MARTA
MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL
SOGUERO PEREZ MARI MAR
HERNANDEZ MARTIN CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Abril 2019. Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos.

Responsable: Macarena Comet Bernad.

En el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se establece la transferencia de las competencias desde las comunidades autónomas a los servicios de farmacia para las operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos.

En el REAL DECRETO 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, se especifica en el capítulo dos que "las operaciones de elaboración, acondicionamiento, etiquetado y control de una forma farmacéutica deben efectuarse en un local, o en una zona diferenciada del local, llamado de «preparación», diseñado o concebido para estos fines y situado en el interior de la oficina de farmacia o servicio farmacéutico."

Las características de la zona de preparación deben cumplir:

- Las superficies (suelos, paredes, techos) deben ser lisas y sin grietas y permitir una fácil limpieza y desinfección
- El local de preparación contará con agua potable y con las fuentes de energía necesarias.
- Una superficie de trabajo suficiente, de material liso e impermeable, fácil de limpiar y desinfectar, inerte a colorantes y sustancias agresivas.
- Armarios y estanterías con suficiente capacidad para colocar, protegido del polvo y de la luz (si procede), todo aquello que es necesario para las preparaciones.

2- Mayo-junio 2019. Modificación de las instalaciones.

Responsables: dirección y servicio de mantenimiento.

Se adaptó una sala contigua al Servicio de Farmacia que cumple con las características descritas en el punto anterior.

3- Junio 2019. Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento.

Responsables: farmacéuticas, miembros de la Comisión de Farmacia del Hospital San José, responsable de materiales del sector.

Se valoraron los distintos materiales para el acondicionamiento de medicamentos líquidos codificados en Serpa.

Finalmente se acuerda disponer de:

- Vasos de plástico con tapa para volúmenes mayores a 5 ml
- Jeringas de nutrición enteral de 10 ml (Cod. Serpa 41638) para volúmenes de 3-5 ml (a falta de jeringas de uso exclusivo oral) con el fin de evitar eventos adversos graves por administración intravenosa.
- Jeringas de nutrición enteral de 2,5 ml (Cod. Serpa 16217) para volúmenes inferiores a 3 ml.
- Tapones para las jeringas*

*Hasta que estén disponibles los tapones para las jeringas (solicitada apertura de código Serpa) se ha iniciado el procedimiento utilizando vasos de plástico para todas las preparaciones.

4- Agosto 2019. Codificación de las preparaciones más habituales en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®).

Responsable: Julia Hernández Martín.

En agosto se codificaron once preparaciones en Farmatools® con las dosis más habituales de los medicamentos líquidos orales utilizados en el hospital. Posteriormente se han ido codificando las dosis requeridas por los pacientes ingresados.

5- Septiembre 2019. Elaboración del procedimiento normalizado de trabajo para el reenvasado de medicamentos líquidos.

Responsable: Julia Hernández Martín.

6- Octubre 2019. Formación al personal técnico de farmacia.

Responsable: Julia Hernández Martín.

El 14/10/2019 se comienza a preparar y a dispensar las formas líquidas orales en dosis unitarias.

7- Noviembre 2019. Elaboración de la encuesta "ad hoc" para enfermería y difusión de la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Responsable: Julia Hernández Martín y Vicente Compaired Turlán

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del proyecto se han codificado 40 preparaciones diferentes en el programa Farmatools® en función de las dosis y medicamentos requeridos por los pacientes ingresados. Las preparaciones realizadas y dispensadas hasta el 31/12/2019 han sido 582.

Resultados de los indicadores:

- Porcentaje de envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock

Fuente de datos: Farmatools®

Estándar: <30%

RESULTADO: N° envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock/ N° total de envases de formas farmacéuticas líquidas orales consumidos*100=2/48=4,2%

- Porcentaje de personal de enfermería que cumplimenta la encuesta y está bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la carga de trabajo y mejora de la seguridad tras la puesta en marcha del procedimiento de dispensación en dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas orales.

Fuente de datos: encuesta ad hoc

Estándar: >75%

RESULTADO: $[(N^{\circ}$ encuestas con resultado bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la carga de trabajo + N° encuestas con resultado bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la mejora de la seguridad)/2]/ N° encuestas cumplimentadas*100=((11+11)/2)/11=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procedimiento normalizado de trabajo para el reenvasado de medicamentos líquidos y dispensación en dosis unitarias se ha implementado en el hospital durante el año 2019 para poder cumplir con las recomendaciones del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) y mejorar la seguridad de los pacientes.

El grado de satisfacción de enfermería con la puesta en marcha del proyecto es muy elevado, pues consideran que supone una reducción importante de su carga trabajo y de la mejora en la seguridad del paciente.

El Servicio de Farmacia ha incrementado considerablemente su carga de trabajo por lo que para mantener el proyecto es necesario que cuente diariamente con dos técnicos auxiliares de farmacia.

A fecha 15/01/2020 no se ha podido realizar la adquisición de los tapones para las jeringas de nutrición enteral, ya que no han sido codificados en Serpa. Las preparaciones de volumen inferior a 1 ml han tenido que dejar de ser dispensadas en dosis unitarias debido a la posible infradosificación por pérdidas en la tapa y paredes del vaso. Estas preparaciones vuelven a ser elaboradas por el personal de enfermería en la planta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1261 ===== ***

Nº de registro: 1261

Título
REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Autores:
HERNANDEZ MARTIN JULIA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR, COMET BERNAD MACARENA, CASTELLOTE GONZALEZ ISABEL, RUBERTE GRESA MARTA, MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL, SOGUERO PEREZ MARI MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuaquier paciente ingresado en el San José
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Institute for Safe Medication Practices (ISMP), es una organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

su documento "2016-2017 Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals", el ISMP recoge una serie de recomendaciones que deberían de aplicarse en los hospitales para corregir determinadas prácticas que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. Entre ellas, se recoge que aquellos medicamentos comercializados en formas orales líquidas que no estén disponibles en dosis unitarias, sean dispensados desde los Servicios de Farmacia en jeringas específicas para administración oral.

Para ello, se deben de cumplir dos condiciones:

- Que incluyan de manera bien visible el texto USO ORAL EXCLUSIVO.

- La conexión de la jeringa no pueda conectar con ningún dispositivo de administración parenteral.

Actualmente en el Hospital San José la dispensación de los medicamentos orales líquidos se realiza por stock a las unidades de hospitalización, sin indicar el paciente para el que ha sido prescrito. Este procedimiento puede conllevar a errores de medicación, tanto de dosificación como de paciente erróneo.

La elaboración de dosis unitarias desde el servicio de farmacia permitiría, además de una mejora en la seguridad del paciente, un mayor aprovechamiento de los medicamentos, ya que un mismo frasco podría ser reenvasado para utilizarse por varios pacientes de distintas unidades de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar un procedimiento de reenvasado y dispensación en dosis unitarias de formas farmacéuticas líquidas orales en el hospital
- Reducir la carga de enfermería en las unidades de hospitalización

MÉTODO

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos

- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento

- Modificación de las instalaciones en caso necesario

- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios

- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®)

- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos

INDICADORES

- Porcentaje de envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock

Fuente de datos: Farmatools®

Estándar: <30%

- Grado de satisfacción del personal de enfermería en relación a la carga de trabajo y mejora de la seguridad tras la puesta en marcha del procedimiento de dispensación en dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas orales

Fuente de datos: encuesta ad hoc

Estándar: 75

DURACIÓN

Inicio de proyecto: abril 2019

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos. Duración: una semana (abril 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento. Duración: dos semanas (mayo 2019).

Responsables: farmacéuticas, dirección médica, dirección de enfermería, responsable de materiales del sector.

- Modificación de las instalaciones en caso necesario. Duración: un mes (junio 2019). Responsables: dirección y servicio de mantenimiento.

- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios. Duración: un mes (julio 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®). Duración: dos semanas (agosto 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos. Duración: una semana (septiembre 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

A partir de este momento se comenzará con el procedimiento de elaboración de dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas, que se dispensarán diariamente en el carro de unidos por paciente con el resto de medicación.

- Evaluación del proyecto: obtención de indicadores y encuesta de satisfacción del personal de enfermería.

Duración: tres semanas (marzo 2020). Responsable: Julia Hernández Martín.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRÑAN TORNERO JOSE ABRAHAM
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
VIDAL SANZ ANA MARIA
ESCUDEARNAU ISABEL
PEREZ NAVALON CARMEN
SAN MARTIN IGUAL ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de un equipo interdisciplinar formado por geriatras, farmacéutica, enfermería y TCAES.
- Reuniones periódicas con los componentes del equipo.
- Se ha llevado procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Búsqueda en un total de 29 bases de datos entre ellas: BVS, Medine, Cochran, Cuiden, Pubmed. También se han revisado diferentes guías y protocolos de distintos hospitales, aceptando artículos, manuales o procedimientos instaurados que fuesen posteriores al año 2005 y que hicieran referencia al tratamiento de la oxigenoterapia en el ámbito hospitalario con criterios de calidad y homogeneidad metodológica para poder administrar este tratamiento.
- Formación a TCAES para la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización
- Formación a cuidadores principales
- Taller para enfermería de oxigenoterapia hospitalaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% DE PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA.

FUENTE: Dominium prescrito cuidados oxigenoterapia: gafas nasales (GN) Oxigenoterapia: Ventimax(VM). Validación dominion por enfermería
Historia clínica: Registro en hoja de plan de cuidados de enfermería

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoacion muy positiva.

no se ha cumplido uno de los indicadores por falta de registro: Mantenimiento de la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/23 ===== ***

Nº de registro: 0023

Título
ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN AMBITO HOSPITALARIO

Autores:
DIAZ GARCIA MILAGROS, GRÑAN TORNERO JOSE ABRAHAM, VIDAL SANZ ANA MARIA, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMA, SANMARTIN IGUAL ELISA, ESCUDER ARNAU ISABEL, PEREZ NAVALON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

PROBLEMA

La oxigenoterapia es un tratamiento utilizado en el ambito hospitalario que no está exento de riesgos y precauciones que tanto los profesionales como los pacientes y familiares debemos de tener tanto para su correcta administración como para su mantenimiento y para evitar posibles repercusiones en la salud del paciente.

Es una parte importante del tratamiento tanto en situaciones de insuficiencia respiratoria aguda como crónica en el perfil del paciente ingresado en nuestro hospital, enfocado en la labor de enfermería para orientar a este colectivo en el correcto manejo del tratamiento y así poder resolver las dudas y corregir los errores que se hayan podido producir en la administración de la oxigenoterapia en nuestro hospital y prevenir las posibles infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Analizar el manejo, procedimientos y correcto mantenimiento y recambio de la oxigenoterapia desde un punto teórico y práctico.

Secundario: Prevenir y/o corregir los efectos no deseados derivados de la administración de oxígeno(infecciones bucales, infecciones nosocomiales, UPP...)

MÉTODO

Realizar Proyecto de Calidad para la correcta administración de oxigenoterapia en el ambito hospitalario a partir de búsqueda bibliografica en diferentes bases de datos como Pubmed o Cuiden, revisar diferentes guías clínicas y protocolos de distintos hospitales.

Se aceptaran artículos, manuales o procedimientos instaurados posteriores al año 2005 y que hagan referencia al tratamiento de oxigenoterapia en el ambito hospitalario.

INDICADORES

La evaluación de este procedimiento se realizará mediante estudio de incidencia o corte de prevalencia, proponiendo a las unidades un sistema de autoevaluación considerando los siguientes aspectos a evaluar:

- La concentración y flujo de O2 suministrada con la prescrita.

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que la concentración de oxígeno suministrada se corresponde con la prescrita/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- El flujo y la pauta de o2 a suministra está registrado

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que el flujo esta registrado en el humidificador y en el documento de evolución de enfermería/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Aparición de UPP en las zonas de apoyo del sistema de suministro de O2.

INDICADOR= (número de pacientes con oxigenoterapia que presentan UPP en las zonas de apoyo del sistema de administración de oxígeno/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Mantenimiento de la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización.

INDICADOR= (número de sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización con signos de suciedad o restos de secreciones del paciente/ Total de pacientes con dichos sistemas)x100

- Registro correcto de fecha de apertura de sistemas de oxigenoterapia y nebulización .

INDICADOR= (número de pacientes con sistemas de oxigenoterapia y nebulización, en los cuales se ha hecho correctamente el registro en la hoja de evolución de enfermería y en los propios sistemas para su recambio/ Total de pacientes que tienen oxigenoterapia)x100

DURACIÓN

Dende su implantación. Revisión cada 4 años del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS GALA SERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ SALAS NURIA
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De Enero a Marzo de 2019, se realizaron dos sesiones informativas a todos los miembros del proyecto, donde se explicó la definición de la desprescripción, los criterios STOPP y STOPP-Frail además de los niveles de intervención y los objetivos del proyecto para unificar los conceptos. Se adjuntó también vía mail la bibliografía asociada al proyecto.

Se decidió incluir a todos los pacientes que acudían a consultas externas excepto aquellos que habían sido hospitalizados en el mes previo ya que se daba por sentado que se había realizado un ajuste de medicación al alta hospitalaria.

Se realizó una tabla Excel con todas las variables: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, autopercepción de salud, índice de Barthel, presencia de demencia, situación social, factores de riesgo cardio-vascular, enfermedades cardio y cerebro-vasculares y principales síndromes geriátricos. También se incluyó déficits sensoriales, dolor y fragilidad y polimedicación, entendiéndose por esta la toma de más de 5 fármacos, ya que todas estas variables se han asociado con polimedicación y prescripciones potencialmente inadecuadas. Por último, en los pacientes que realizamos desprescripción, anotamos el tipo de descripción siguiendo los criterios STOPP y STOPP-FRIL.

Una vez realizada la toma de datos, informamos a los pacientes y realizamos la desprescripción en la receta electrónica, informando a su médico de atención primaria en el informe de alta.

La toma de datos y la desprescripción la realizamos de Mayo a Diciembre de 2019. No se pudo recoger la adherencia a la desprescripción por el corto periodo de tiempo del proyecto ya que la mayoría de los pacientes no realizaron dos visitas a consultas en este periodo.

Recursos empleados:

Historia Clínica electrónica, receta electrónica, base de datos Excel. Médicos implicados en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron datos de un total de 176 pacientes.

67% mujeres y 33% hombres. La edad media fue de 84 años, con la mayor parte de los pacientes con estudios primarios. El 58% tenían una mala percepción de su salud y la gran mayoría eran parcialmente dependiente y presentaban deterioro cognitivo o demencia. Cumplían criterios de fragilidad el 28% de la muestra.

Presentaron polifarmacia el 45, 5% de la muestra (79), se realizaron un total de 25 desprescripciones en un total de 18 pacientes con polimedicación.

- Indicador 1: (Nº de médicos que asisten a las sesiones de desprescripción/ Nº total de médicos del hospital)

X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)

Asistieron 7 médicos de una plantilla de 14 incluidos los médicos residentes. Un 50%

- Indicador 2: (Nº de pacientes en los que se realiza desprescripción/ Nº total de pacientes polimedcados detectados) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)

Se realizó desprescripción en 18 pacientes de 79 pacientes polimedcados. Representa el 22,8% de desprescripciones en pacientes polimedcados.

- Indicador 3: (Nº de pacientes en los que se realiza la desprescripción y se realiza anotación en la historia electrónica/ Nº de pacientes polimedcados en los que se realiza desprescripción) X100 (Estándar: Superior o igual al 40%).

Se anotó la desprescripción realizada en su curso de la Historia Clínica electrónica en el 100% de los pacientes intervenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra muestra nos aparece una prevalencia de polimedicación un poco inferior a la vista en otros estudios, al igual que la prevalencia de fragilidad. Son más frecuentes las mujeres y la edad media concuerda con otros resultados.

La desprescripción la hemos realizado es casi un 23% de la muestra de pacientes polimedcados, lo cual no es un mal resultado debido a la pluripatología y fragilidad de este subgrupo.

Observamos una adherencia del 80 % en muestra de 18 pacientes que han acudido a consulta de revisión; el resto de pacientes tienen las consultas de seguimiento de los 6 meses, a partir del mes de febrero del 2020, por lo que no se puede completar este dato.

Creo que más iniciativas así son necesarias por el porcentaje tan elevados de pacientes mayores polimedcados en nuestra población, la posible aparición de prescripción inadecuados, los efectos adversos y el importante gasto sanitario que implica este hecho en nuestro sistema.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/168 ===== ***

Nº de registro: 0168

Título
DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Autores:
GALA SERRA CARLOS, GONZALES EIZAGUIRRE MARTE, QUILEZ SALAS NURIA, MARTINEZ FABRE DANIEL, LINGUE MARTIN MAGDALENA, OQUENDO MARMANEU CARMEN, FERNANDEZ MINYANA DIONIS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANCIANOS POLIMEDICADOS ·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los >65 años son el 17% de los españoles y consumen el 73% del gasto farmacéutico. A su vez los > 85 años son ahora la población de mayor expansión demográfica y en este principio del siglo xxi las personas vivirían más años y con menor discapacidad.

La polimedición es un problema de SP de 1º orden en los países desarrollados, por su prevalencia (entre los ancianos frágiles o muy ancianos es del 70%) y por sus consecuencias clínicas, legales, éticas y económicas. La desprescripción es el proceso de analizar los medicamentos que concluye con la modificación de dosis o sustitución de fármacos. Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científica, la funcionalidad física y social, la calidad de vida, la comorbilidad, las preferencias del paciente, y los factores farmacológicos de los medicamentos.

Muchos de los medicamentos que toman los ancianos frágiles o enfermos terminales producen efectos adversos molestos o graves, por tanto, en determinadas ocasiones su retirada pudiera estar justificada tanto del punto de vista clínico, ético como económico.

La desprescripción se hará:

- 1.- Realizando listado de medicamentos y valorando la polimedición (> 5 fármacos, según los criterios de Monane y Cols)
 - 2.- Valorando el estado funcional, cognitivo y socio-cultural como factores de riesgo de la polimedición.
 - 3.- Valorando metas, objetivos ttº, esperanza vida y tiempo hasta el beneficio para aplicar los criterios de desprescripción
 - 4.- En los pacientes seleccionados, aplicando criterios STOPP versión 2, Denis O'Mahony et all, Age and Ageing 2014, de desprescripción.
- Anexo: Inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos del SALUD-2019
- 5.- Valorando en visitas futuras, adherencia a la desprescripción realizada, caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Detección de pacientes polimedificados en nuestras consultas para prevenir yatrogenia medicamentosa. Pacientes polimedificados (> 5 fármacos)
2. Mejorar la formación del personal médico y de enfermería en criterios de desprescripción en el anciano.
3. Intentar realizar la desprescripción de medicación inadecuada en aquellos pacientes que lo necesiten teniendo en cuenta su VGI, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y beneficio del tratamiento, siguiendo los criterios STOPP versión 2 y criterios STOPP-frail

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo por geriatras y residentes que pasan consultas externas.

- Reuniones organizativas al inicio del proyecto y cada 2 meses para valorar la evolución del proyecto.
- Elaboración de la hoja de recogida de datos en la primera visita y en las visitas consecutivas. Discusión de las variables a recoger.
- Sesiones formativas de a los médicos que van a coger las variables de los criterios STOPP versión 2, 2014 y STOP-FRAIL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Una vez de acuerdo con las variables que recogeremos en la 1ª y visitas sucesivas, comenzaremos con la recogida de datos y desprescripción en las consultas externas de Geriatria. Se realizarán sesiones formativas a los médicos que realizan la desprescripción de esta y los criterios elegidos y se informará al médico de AP de la desprescripción mediante anotación en la HCE.

Finalmente se creará una Excel en el que se registrará datos de las hojas de recogida en la 1ª visita y posteriores. Se recogerá: edad, sexo, Índice de Barthel, deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica, nivel cultural, situación social, nº de fármacos, desprescripción o no, nº de desprescripciones, adherencia a la desprescripción y caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad retrospectiva.

INDICADORES

- 1: (Nº médicos que asisten a las sesiones/ Nº total de médicos del hospital) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 2: (Nº de pacientes de desprescripción/ Nº total de pacientes polimedificados detectados) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 3: (Nº de pacientes en los que se realiza la desprescripción y se realiza anotación en la historia electrónica/ Nº de pacientes polimedificados en los que se realiza desprescripción) X100 (Estándar: Superior o igual al 40%)

DURACIÓN

1. Reuniones para definir herramientas y proyecto. Coordinado por Carlos Gala de Feb-Abril 2019.
2. Crear Access/Excel para recogida de datos. Responsable Carlos Gala. Marzo-Abril 2019.
3. Implantación del proyecto. Recogida de datos. Tpdos los autores de Mayo-Diciembre 2019.
4. Evaluación de los indicadores de Calidad. Responsable Carlos Gala. Enero 2020.
5. Redacción de los resultados. Responsable Carlos Gala. Enero-Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE PURIFICACION MONTERO CERCOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO VILELA MARIA ELENA
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
GALA SERRA CARLOS
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
SALVADOR PEREZ PILAR
GARCIA SIMON ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El grupo de trabajo interdisciplinar fue constituido al inicio de año y conformado por 5 geriatras, 1 psicóloga y 2 enfermeras. Daniel Martínez (Geriatra) y Ines Susin (Psicóloga) se dieron de baja del equipo inicial dado a que finalizaron su contrato laboral con el hospital, siendo reemplazados por Esther Álvarez Gómez (FEA de geriatría) y Elisa García Simon (EIR 1 año). Se formaron subgrupos de trabajo que se encargaron de diferentes funciones.
- Se realizaron 3 reuniones organizativas formales y varias reuniones informales entre los componentes de cada subgrupo de trabajo.
- Se inició la utilización de Herramienta CAM (Confusion Assessment Method) para detección de Delirium.
- Creación de base de datos Excel y registro de variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con algún episodio de Delirium durante su ingreso. La recogida de datos se retrasó por problemas de organización internos, iniciándose el 9 de septiembre hasta el 30 de noviembre.
- Elaboración e impresión de Pósters (2) con el protocolo de actuación para personal sanitario (colocado en los controles de enfermería) y posters informativos para familiares (4) (colocados en las salas comunes de hospitalización).
- Elaboración, impresión y reparto de Tríptico informativo para pacientes y familiares. Estos trípticos fueron entregados durante la estancia hospitalaria de los pacientes.
- Se han realizado 6 sesiones formativas para el personal sanitario con una asistencia del 68,3% del personal.
- Se han realizado 3 sesiones para familiares.
- Se ha comprobado mejoras en el registro y codificación del diagnóstico de Delirium en el informe de alta. (95% de los casos de Delirium detectados durante hospitalización, han quedado registrados en los informes de alta hospitalaria).
- Dentro de las actividades realizadas para la prevención y manejo no farmacológico del Delirium, se han realizado medidas de mejoras en:
 - o Orientación: Calendarios y relojes en zonas comunes
 - o Nutrición: Valoración nutricional de los pacientes ingresados
 - o Protocolos de hidratación con participación de familiares-cuidadores y personal sanitario
 - o Ritmo sueño - vigilia: adaptar horarios de administración de la medicación, toma de muestras, constantes y otros cuidados que suelen realizarse a última hora de la noche para evitar la interrupción del sueño
 - o Facilidades auditivas y visuales
 - o Promoción de la movilidad
 - o Eliminar restricciones en lo posible
 - o Facilitar transferencias a WC
 - o Mejorar control del dolor

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador 1: (Nº de pacientes con delirium durante el ingreso (confirmados mediante uso de herramienta CAM)/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Menor al 50%):
 - o $57/236 \times 100: 24,1\%$
 - o Se detectó 57 pacientes con delirium durante su ingreso en el periodo Septiembre - Noviembre 2019 de un total de 236 pacientes ingresados (24,1%).
- Indicador 2: (Nº de pacientes/familiares que recibieron el tríptico informativo de delirium/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
 - o $55/91 \times 100: 60\%$
 - o En relación con este indicador, ya que hubo un retraso en la impresión de los trípticos, se decidió finalmente solo valorar su entrega durante 1 mes (octubre).
 - o Deberá tomarse en cuenta que existieron varios factores que dificultaron que se consiguiera un mayor porcentaje de cumplimiento, como el recambio de médicos los cuales estaban a cargo de la entrega y explicación del tríptico, la ausencia de familiares o cuidadores acompañando a algunos pacientes, etc.
 - o Además de la entrega del tríptico, se hicieron las recomendaciones de forma verbal por parte de médicos, enfermeras y auxiliares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

- Indicador 3: (Nº de pacientes con registro de diagnóstico de delirium en el informe de alta/ Nº total de pacientes con algún episodio de delirium registrado en la historia clínica, ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
 - 57/60 x 100: 95%
- Indicador 4: Nº de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención del delirium/ Nº total de personal sanitario) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
 - 41/60 x 100: 68.3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium, detección y tratamiento no farmacológico.
- A través de este proyecto se ha mejorado nivel de conocimiento de los familiares, cuidadores y personal sanitario respecto al Delirium.
- La incidencia de Delirium durante el periodo de recolección de dato es 24,1%
- Se ha mejorado el registro del diagnóstico de delirium en la historia clínica y el informe de alta.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea.

Se continuará con sesiones periódicas para el personal, especialmente para las nuevas incorporaciones y también charlas dirigidas a los pacientes y familiares. Se intentará mejorar el porcentaje de entrega de los trípticos de prevención de delirium para familiares y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/434 ===== ***

Nº de registro: 0434

Título
PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Autores:
MONTERO CERCOS PURIFICACION, CASTRO VILELA MARIA ELENA, GALA SERRA CARLOS, MARTINEZ FABRE DANIEL, SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, SALVADOR PEREZ PILAR, SUSIN ARREGUI INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El delirium es un síndrome orgánico que se caracteriza por un inicio agudo, un curso fluctuante y alteraciones de la consciencia, de la orientación, de la memoria, del pensamiento, de la percepción y del comportamiento. Puede provocar una cascada de fenómenos que conducen al deterioro funcional, dependencia, institucionalización y eventualmente la muerte.

La prevalencia en mayores de 85 años llega hasta el 14%. A nivel hospitalario varía del 10-56%. La mortalidad intrahospitalaria suele estar entre el 22 y el 76%.

El uso de protocolos para el reconocimiento de pacientes de riesgo alto de delirium es de gran importancia para su prevención.

Creemos que la creación de un protocolo de actuación interdisciplinaria para la prevención, detección y tratamiento del delirium, beneficiará a los ancianos ingresados en Geriátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium, detección y tratamiento no farmacológico.
Mejorar el conocimiento de los familiares, cuidadores y personal sanitario respecto al Delirium.
Conocer la incidencia de delirium en nuestro hospital.
Mejorar el registro del diagnóstico de delirium en la historia clínica y el informe de alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar.

Reuniones organizativas.

Elaboración de un protocolo de prevención, detección y tratamiento no farmacológicas del delirium que incluya:

1. Medidas no farmacológicas para la prevención: orientación, nutrición, hidratación, ritmo sueño - vigilia, facilidades auditivas y visuales, movilidad, eliminar restricciones en lo posible y facilitar transferencias a WC, control del dolor. 2. Se propondrá adaptar horarios de administración de la medicación, toma de muestras, constantes y otros cuidados que suelen realizarse a última hora de la noche o a primera hora de la mañana para evitar la interrupción del sueño. 3. Herramienta para diagnóstico de delirium (Confusion Assessment Method - CAM). 4. Conducta a seguir en caso de detección de delirium.

Este protocolo estará en los controles de enfermería y quedará reflejado en forma de poster para facilitar que todo el personal tenga acceso a este.

Elaboración de un tríptico informativo de Delirium, dirigido a familiares y cuidadores.

Realización de sesiones clínicas de Delirium con el objetivo de que todo el personal sanitario se actualice y se involucre en las actividades de este proyecto.

Talleres dirigidos a familiares y cuidadores con información acerca del delirium y medidas para prevenirlo.

Taller de aprendizaje de control conductual por el personal, mediante técnicas psicológicas, verbales y de manejo conductual, de agitación y delirium.

Protocolizar el registro en el informe de alta del diagnóstico de Delirium.

Se creará una base de datos en Excel en el que se registrará los casos de Delirium. Se incluirán variables epidemiológicas y clínicas. Mortalidad durante el ingreso, 1 mes y 6 meses. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas en futuros cortes

INDICADORES

1. (Nº pacientes con screening mediante escala CAM/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ con sospecha de Delirium) X100 (Estándar: mayor al 50%)

2. (Nº pacientes/familiares que recibieron el tríptico informativo de delirium/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

3. (Nº pacientes con registro de diagnóstico de delirium en el informe de alta/ Nº total de pacientes con algún episodio de delirium registrado en la historia clínica, ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

4. Nº de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención del delirium/ Nº total de personal sanitario del HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

DURACIÓN

Reuniones organizativas: Febrero, marzo, junio, septiembre 2019.

Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019

Recogida de datos: Mayo a julio 2019

Creación de tríptico, protocolo y póster: Marzo y abril 2019

Sesiones formativas y talleres: Abril-Mayo y Septiembre-octubre 2019

Evaluación de los indicadores de calidad Diciembre: 2019

Redacción de los resultados: Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CASTRO VILELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
SANCHEZ ORTIZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado reuniones periódicas organizativas del equipo interdisciplinar, dividiendo el trabajo en subgrupos.
- Se ha dado de baja del proyecto inicial a tres miembros por no poder participar de las actividades y se ha incorporado a Esther Alvarez Gómez (Geriatra) y Miguel Sánchez Ortiz.
- Se realizó la recolección de datos durante los meses de Septiembre a Noviembre 2019.
- Se ha hecho efectiva la extensión de la aplicación de la estrategia de promoción de movilidad a todas las unidades del Hospital San José.
 - o Se identifica el nivel de movilidad en hoja de enfermería (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados y que precisan de grúa para sedestación) y en cabecero se cama, mediante carteles con iconografía, para facilitar que todo el personal conozca el nivel de movilidad de los pacientes y se adapte los cuidados y promoción de movilidad a cada caso.
 - o Se facilita la movilidad de los pacientes, entregando la ayuda técnica que precisen (bastón, andador o silla de ruedas)
 - o Se realizan recomendaciones generales según cada nivel de movilidad, los que incluyen: caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos), participar en su cuidado personal, usar el baño para el aseo, comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado, estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos.
- Para la prescripción de ejercicio físico, se excluyeron los pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel previo menor de 20.
- La prescripción de ejercicios multicomponente se basó en las recomendaciones del programa Vivifrail tras una valoración clínica realizada por los geriatras tratantes.
- Se crearon posters con gráficos indicando los tipos de ejercicios (basados en el programa Vivifrail), se imprimieron un total de 60 pósters y se colocaron en las habitaciones de hospitalización para facilitar su realización por parte de los pacientes.
- Se ha recibido el material para poder realizar los ejercicios multicomponente en las habitaciones de hospitalización: mancuernas, cintas elásticas, pelotas de goma, tobilleras, toallas. Este material es repartido por el profesional que prescribe la realización del ejercicio.
- Se realizaron sesiones breves, para el personal de cada planta de hospitalización, acerca de las medidas para prevenir el deterioro funcional en el hospital y el ejercicio multicomponente. También se incluyó una Sesión clínica hospitalaria con el tema específico de: Ejercicio físico en el anciano. Programa multicomponente.
- Taller para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Al alta se realizaron recomendaciones y pautas para continuar con el programa de ejercicios multicomponente en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de estudio, ingresaron 236 pacientes, de los cuales fueron incluidos 110.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con Test de Velocidad de la marcha: 30% (33 pacientes). (Estándar: Superior al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de pacientes que recibieron instrucciones para realizar un programa de ejercicios multicomponente: 65% (71 pacientes). (Estándar: Superior al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de personal sanitario que asiste a una sesión formativa de programa de ejercicio multicomponente: 62% (32) (Estándar: Superior al 60%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Establecer un programa de ejercicios multicomponente para su realización durante la hospitalización, ha sido posible en nuestro hospital y además la participación tanto de personal sanitario, pacientes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

familiares ha sido favorable.

- La estrategia de promoción de la movilidad ha sido extendida a los diferentes servicios de nuestro hospital, de forma efectiva y con una recepción favorable por parte de los pacientes y familiares.
- En relación a la incorporación del test de la velocidad de la marcha, aunque se eligió un área específica en ambas plantas de hospitalización para realizar el Test, esta prueba no se ha podido realizar en la mayoría de los pacientes, por diferentes razones, en las que se incluye el perfil de paciente ingresados en nuestro hospital, con situaciones de inmovilidad completa o alteración de la marcha severa, con riesgo de caídas. La realización de este test es más fácil de realizar en la Unidad de Rehabilitación, así como en las consultas. En hospitalización se ve interferido por la situación clínica de cada paciente y la disponibilidad de tiempo del personal sanitario (al ser una actividad añadida).
- Respecto a la recogida de datos y llamada telefónica tras un mes del alta hospitalaria. Debido a que para poder realizar este tipo de seguimiento, el equipo debía presentar el proyecto al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA), para su aprobación; finalmente se optó por no incluir un seguimiento. Nuestro grupo de trabajo se planteará más adelante esta posibilidad.
- Este grupo interdisciplinar de trabajo continuará realizando actividades en esta línea de investigación, con el fin de disminuir el deterioro funcional y por lo tanto el grado de dependencia de los ancianos, durante la hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/440 ===== ***

Nº de registro: 0440

Título
ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los programas de ejercicio físico multicomponente y particularmente el entrenamiento de la fuerza, constituyen las intervenciones más eficaces para retrasar la discapacidad y otros eventos adversos. El grupo de trabajo interdisciplinar de Prevención de deterioro funcional, de nuestro hospital, propone incorporar un programa de entrenamiento multicomponente en los pacientes ingresados, con el fin de mantener un nivel de funcionalidad que supere el más alto grado de autonomía posible en cada caso.
El entrenamiento multicomponente se basará en el Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail e incluye series de ejercicios de fuerza, cardiovascular, equilibrio y flexibilidad, todo esto adaptado a cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones que pueda tener el proceso agudo de la hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un programa de entrenamiento multicomponente para pacientes ingresados.
Incorporar en la valoración de la capacidad funcional, el test de la velocidad de marcha en 6 metros.

MÉTODO
Reuniones periódicas organizativas del equipo interdisciplinar
En todos los pacientes, se registrará el nivel de movilidad y se incluirá el test de la velocidad de la marcha (VM) (en el momento de mayor estabilidad).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

o El test de la VM examina la función física relacionada con el movimiento y consiste en medir el tiempo requerido para caminar 6 metros a la velocidad habitual de marcha. Es un marcador de fragilidad y predictor de caídas.

o Se adaptará en los pasillos de las plantas de hospitalización línea con la medida de 6 metros para poder realizar el Test de VM.

- Se excluirán los pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel previo menor de 20.

- Se realizará una prescripción individualizada de ejercicios multicomponente utilizando la herramienta Vivifrail como modelo y adaptándolo a cada caso y con las herramientas que dispongamos en nuestro centro.

- Charlas para actualizar al personal sanitario de la importancia de promover la movilización temprana e información del programa de ejercicios multicomponente.

- Charlas para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización"y Entrenamiento Multicomponente.

- Se promoverá la continencia, estimulando el acompañamiento a los pacientes al cuarto de baño cuando lo precisen y se evitará el uso de los pañales en pacientes continentales.

- Se reforzará en los casos que sea factible, el uso de pijamas (en lugar de camión) y zapatillas cerradas para facilitar movilidad.

- Al alta se realizarán recomendaciones y pautas para continuar con el programa de ejercicios multicomponente.

- Se creará una base de datos en la que se registrarán variables clínicas y funcionales que permitan valorar las intervenciones realizadas.

Se recogerán los datos de pacientes incluidos en el estudio en un periodo de 3 meses. Tras 1 mes del alta hospitalaria, se realizará una llamada telefónica para valorar el grado de adherencia a las recomendaciones del programa de ejercicios multicomponente. Se solicitará la autorización del paciente (tutor o familiar) para formar parte de la base de datos y participar en el seguimiento.

INDICADORES

Indicador 1: N° de pacientes con Test de Velocidad de la marcha/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100.

Estándar: Superior o igual al 60%

Indicador 2: N° de pacientes que reciben instrucciones para realizar un programa de ejercicios multicomponente/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100. Estándar: Superior al 60%

Indicador 3: N° de personal sanitario que asista a una sesión formativa de programa de ejercicio multicomponente/ N° total de personal sanitario del HSJ x 100. Estándar: Superior o igual al 60%

DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Febrero - Abril 2019

Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019

Recogida de datos: Mayo-Julio 2019

Creación de programa de Ejercicios Multicomponente: Marzo-abril 2019

Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2019

Sesiones formativas (personal sanitario). Talleres para familiares y cuidadores: Marzo a Mayo 2019

Evaluación de los indicadores de calidad: Noviembre-Diciembre 2019

Redacción de los resultados: Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA MERCEDES GONZALEZ EIZAGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO AGUSTIN MARIA
OQUENDO MARMANEU CARMEN
MATEO ABAD ANA
LINGE MARTIN MAGDALENA
FORCANO GARCIA MERCEDES
URGEL FERRER ALEJANDRO
ESPALLARGAS GARCIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el 1 de enero de 2019 a 30 de noviembre de 2019 han ingresado un total de 76 pacientes en la planta de Traumatología del Hospital Obispo Polanco con el diagnóstico codificado S72.011A, es decir proceso de fractura de cadera.

De los 76 pacientes, 75 de ellos presentaban una edad superior a 69 años por lo que eran subsidiarios de valoración y seguimiento por la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital San José. El 100% de los pacientes ingresados en el Hospital Obispo Polanco por proceso de fractura de cadera con una edad superior a 69 años fueron valorados al ingreso por la unidad y valoración sociosanitaria y en el 100% de los casos se realizó un seguimiento durante todo el ingreso hospitalario. En todos ellos se realizó una valoración geriátrica integral al ingreso, se les dio tratamiento activo previo a la intervención quirúrgica, se realizó un seguimiento diario del paciente durante su estancia hospitalaria, el total de los pacientes fue valorado para búsqueda activa de su lugar de rehabilitación al alta y todos ellos se fueron de alta con un informe común realizado por los Servicios de Traumatología, Geriátrica y Rehabilitación.

70 de los 75 pacientes (93,3%) fueron ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco. 5 pacientes (6,6%) procedían del Hospital de Alcañiz, motivado su traslado por el hecho de no poseer U.C.I dicho Hospital y tratarse de pacientes de complejo manejo postquirúrgico.

Del total de pacientes valorados, 11 fueron trasladados al Hospital San José para comenzar un proceso de convalecencia con rehabilitación posterior durante el ingreso y al alta.

2 pacientes (2,6%) fallecieron durante su estancia en el Hospital Obispo Polanco en el Servicio de Traumatología y 2 pacientes más (2,6%) fallecieron cursando convalecencia en el Hospital San José de Teruel.

Tras el estudio del proceso de fractura de cadera, 1 (1,3%) sola de las fracturas resultó ser patológica por malignidad tumoral.

Según la localización de los pacientes en el momento de la fractura, 1 (1,3%) paciente vivía fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón y fuera de la localización sanitaria del área de Teruel capital y 5 de ellos pertenecían al área sanitaria de Alcañiz.

Al realizar la evaluación por sexos, 19 pacientes resultaron ser hombres (25,3%) y 56 mujeres (74,6%). La estancia media hospitalaria fue de 5,64 días en el Hospital Obispo Polanco, siendo de dos días el mínimo tiempo de ingreso (sin resultado de éxitus ni traslado a otro hospital), y 8 días la estancia máxima hospitalaria en el Hospital Obispo Polanco (con alta a domicilio, sin resultado de éxitus ni traslado a otro hospital).

La clasificación según el mes en el que se produce el ingreso por el evento fractura de cadera es:

- Enero 7 pacientes
- Febrero 5 pacientes
- Marzo 5 pacientes
- Abril 12 pacientes
- Mayo 9 pacientes
- Junio 5 pacientes
- Julio 6 pacientes
- Agosto 7 pacientes
- Septiembre 8 pacientes
- Octubre 5 pacientes
- Noviembre 6 pacientes

De total de fracturas de cadera, éstas se pueden clasificar según la localización de la lesión en el fémur encontrando:

- 27 fracturas pertrocantéreas (36%)
- 15 fracturas subtrocantéricas (20%)
- 33 fracturas intracapsulares. (44%)

Del total de fracturas, 42 pertenecen a la extremidad inferior derecha (56%) y 33 a la extremidad inferior izquierda (44%)

De los 75 pacientes que inicialmente ingresaron por proceso de fractura de cadera, 4 de ellos fallecieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

antes del alta por lo que no recibieron cita para consulta de ortogeriatría. A los 5 pacientes que pertenecían al sector sanitario de Alcañiz se les ofreció la posibilidad de realizar revisión al mes con el equipo multidisciplinar pero por motivos geográficos declinaron la consulta.

Por tanto de los 66 pacientes que debían irse al alta con una cita para consulta de ortogeriatría, a 4 de ellos no se les citó al mes a consultas externas con geriatría y traumatología (6%) desconociéndose el motivo pero 3 de ellos tuvieron el ingreso hospitalario en el mes de septiembre (mes de periodo vacacional de la encargada del proyecto de calidad).

De los 62 pacientes citados, 7 no acudieron a la consulta de revisión al mes, 3 de ellos estaban ingresados en el momento de la consulta, otros 3 no contestaron al teléfono para poder interrogarles sobre el motivo y un paciente (natural de otra comunidad autónoma y con sistema sanitario fuera del aragonés) no se pudo localizar en Aragón

De los 55 pacientes que finalmente acudieron a consulta, al 100% se les realizó:

- Radiografía de cadera en posición antero-posterior y axial y observación posterior por ambos especialistas. Solo a uno de los pacientes por falta de colaboración, no pudo realizársele una radiografía axial, únicamente anteroposterior.

- Revisión de complicaciones postquirúrgicas tanto en herida como en extremidad inferior.
- Revisión de complicaciones médicas tras la cirugía.
- Refuerzo en la explicación de ejercicios para la rehabilitación de estos pacientes con implicación familiar.

- Registro personal de la evolución funcional de los pacientes

- Promoción y prevención de la salud.

- Se les dio cita para revisión por parte de traumatología a los 3 meses.

- Se les dio cita para revisión a los 6 meses de ortogeriatría con nueva realización de radiografía y analítica de control.

- En una paciente, se objetivó fractura de cadera contralateral en el momento de la consulta por caída 3 días antes en domicilio. Se derivó a Urgencias tras ser vista por geriatría y traumatología.

- Se atendió a una paciente que presentó fractura de húmero al caerse en la entrada del hospital, tanto por geriatría como por traumatología

- Encuesta de satisfacción.

A los 6 meses se les ha citado a revisión a todos pacientes que acudieron a la cita del primer mes (55 pacientes), pero todavía no se ha cumplido el espacio de tiempo para dar resultados ya que aquellos pacientes cuya fractura se ha realizado después de julio de 2019 todavía no han hecho 6 meses desde el inicio del proceso (32 pacientes) . De los 23 pacientes que sí que han cumplido 6 meses desde el proceso de fractura de cadera a todos ellos se les citó en la consulta (100%) y se les realizó radiografía de control. Solo un paciente decidió no ser citado al año del proceso de inicio de fractura de cadera por las complicaciones que le suponía a la familia desplazarlo y se acordó realizar los cambios de medicación oportunos y seguimiento por parte del médico de atención primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los datos obtenidos del párrafo anterior, se pueden deducir los siguientes indicadores:

INDICADOR 1

Fórmula $\% \text{ de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Traumatología y que en el informe de alta aparece su cita al mes de OrtoGeriatría} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera}$

Estándar: superior o igual al 80%

93,9 % de pacientes se van de alta con su cita para consulta de primer mes de ortogeriatría.

INDICADOR 2

Fórmula $\% \text{ de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Traumatología con tratamiento para la osteoporosis} / \text{Numero total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera}$

Estándar: Superior o igual al 80%

5 pacientes de los 75 intervenidos, llevaban algún tipo de tratamiento para la osteoporosis previo a la intervención quirúrgica.

Al alta, 62 pacientes (87,32%) llevaban algún tratamiento evitar osteoporosis (calcio, vitamina D, antiresortivo u osteoformador) . Las causas por las que 9 pacientes no se fueron de alta con tratamiento antiosteoporótico fueron diversas, desde cambio hospitalario o de médico, efectos secundarios de la medicación, o negativa de la familia o paciente al tratamiento. En el total de altas no se cuentan los 4 pacientes fallecidos durante el ingreso por proceso de cadera.

INDICADOR 3

Fórmula $\% \text{ de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría a los 6 meses (permaneciendo vivos)} / \text{Numero total de pacientes vivos a los 6 meses tras cirugía de cadera}$

Estándar: superior al 50%

100% de pacientes que acuden a consulta de ortogeriatría al mes, se van con cita de revisión a los 6 meses. Todavía no se puede calcular este indicador en el total de los pacientes ya que aquellos que ingresaron desde julio de 2019 (un total de 32) no han cumplido los 6 meses todavía tras el alta del proceso de fractura de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

cadera.
Del total de pacientes que tendrían que haber acudido a consulta de revisión de 6 meses (es decir los pacientes con proceso de cadera ocurrido entre enero y junio de 2019) es decir 23, acuden a consulta 20 de ellos es decir el 86,95%.

INDICADOR 4

Fórmula $\% \text{ de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría al año (permaneciendo vivos) / Numero total de pacientes vivos al año tras cirugía de cadera}$
Estándar: superior al 50%

Todavía no se puede calcular este indicador ya que a día de hoy, solo los pacientes que presentaron el proceso de fractura de cadera en enero han cumplido el año desde su intervención.

Como dato objetivo, desde el 1 de enero de 2020 se han realizado 2 días de consultas de ortogeriatría en las que se ha visto a 4 pacientes que venían para revisión al año de fractura de cadera, siendo los 4 dados de alta de la consulta. Falta una consulta todavía en enero para completar los datos pero a día 23 de enero del total de pacientes que tenían que venir a la consulta al año (7 pacientes) han venido, es decir un 57,7%.

INDICADOR 5

Encuesta satisfacción por parte de los usuarios de los Servicios (puntuada de 1 a 10).
Se realizó una encuesta de satisfacción a todos los familiares y pacientes que acudieron a la primera consulta de ortogeriatría al mes (un total de 55 pacientes). Del total de pacientes, 3 de ellos acudieron solos o con cuidador privado de residencia presentando el paciente trastorno neurocognitivo mayor por lo que no se les administró el test.

De los 52 restantes las respuestas obtenidas fueron:

-Nota igual o superior a 9 cuando se les preguntaba acerca de la seguridad que sentían al ser vistos de manera continuada en la consulta de ortogeriatría

-Nota igual o superior a 9 en la cuestión de la comodidad/ facilidad que supone para los familiares acudir a un solo hospital a una hora determinada para hacer seguidamente una radiografía de control y una consulta con traumatología y geriatría.

- Nota igual o superior a 9 al ser interrogados acerca de el trato por parte del personal sanitario.

-Nota igual o superior a 9 al ser interrogados acerca de la comodidad al irse de alta de tener la cita con el día y la hora en el informe de alta

-Nota global 8,7

- Notas de los familiares para mejorar: Tener una indicación clara de donde se encuentra la consulta en el Hospital San José

INDICADOR 6

Encuesta de satisfacción realizada a los Servicios implicados.

Se realiza el día 15 de enero sesión general al Servicio de Traumatología para explicación de resultados del año 2019 y la implementación de protocolo de vía clínica para proceso de cadera realizando una pequeña encuesta entre todos los facultativos (7 adjuntos y 4 residentes) obteniendo buenos resultados, con altas puntuaciones en las preguntas referentes al seguimiento de los pacientes, el tratamiento de las complicaciones, la posibilidad de ver pacientes de manera conjunta y el trabajo multidisciplinar con una nota por encima de 9 y con objetivos a mejorar con una nota de 7,5 la realización más sencilla de un informe común y la necesidad de la creación del nuevo protocolo para que se pueda seguir la vía clínica por parte de cualquier especialista.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La fractura de cadera es un proceso prevalente en la población anciana en el que es necesario realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y coordinado entre traumatólogos, rehabilitadores, geriatras y especialistas en Atención Primaria.

Las consecuencias de la fractura de cadera son importantes. La mortalidad de los pacientes con esta patología es elevada, a pesar de haberse reducido con el avance de técnicas quirúrgicas (8%-10% en la hospitalización y hasta el 20% al año de la fractura). La morbilidad es igualmente alta, afectando principalmente a la dependencia posterior de otras personas. Todo ello repercute en el coste sanitario que se eleva.

Al ingreso es importante la estabilización del paciente y la evaluación cuidadosa del riesgo quirúrgico. Debe influir en esta evaluación el estado funcional, físico, cognitivo y nutricional previo del paciente. Para ello, la valoración geriátrica es vital en este aspecto.

Se ha demostrado que la colaboración del traumatólogo con el geriatra y el médico de familia en pacientes ancianos con fractura de cadera disminuye la mortalidad, aumenta la tasa de intervenciones, la frecuencia de detección de problemas tratables y aumenta el grado de independencia, lo que significa que los cuidados mínimos y ambulatorios tienen gran importancia y repercusión positiva en este tipo de enfermos.

La mortalidad en el primer año después del alta puede alcanzar un 20%, siendo máxima en los primeros cuatro meses. Por tanto es imprescindible que desde el momento del alta se realice un seguimiento estricto del paciente para intentar evitar o prevenir las posibles complicaciones. Ha de estar vigilante para detectar rápidamente las complicaciones médicas y sociales, ya que sólo la detección precoz y el tratamiento inmediato pueden detener el progreso de las mismas.

La causa más frecuente de muerte tras el alta hospitalaria es la descompensación de enfermedades concurrentes de tipo crónico en lo que se conoce como la cascada de síndromes geriátricos. Debe, por tanto, extremarse su cuidado y realizar los ajustes oportunos y necesarios en el tratamiento de las mismas.

Las complicaciones sociales son muy numerosas. Tras el alta, el paciente necesita mayor atención de la habitual, y eso puede crear una dependencia permanente. El papel del médico es dialogar, educar para ir ajustando las medidas y la actuación a la capacidad real o procurar asistencia y ayuda adecuada. No debe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

olvidarse que aquel que ha sufrido una fractura sigue teniendo los factores de riesgo previos, y que también después de sufrir dicha patología es objeto de la labor preventiva señalada anteriormente. La rehabilitación tras el alta hospitalaria sigue siendo un factor primordial para que el paciente consiga la mayor calidad de vida posible. Existen ciertas instrucciones que el enfermo habrá de tener en cuenta y deberá conocer, facilitándosele su médico, incluso de forma escrita si así lo cree conveniente. El proyecto de calidad que se inició en el año 2019 y en el que participan especialistas de distintas unidades médicas y quirúrgicas es un reto a medio y largo plazo en el que se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos por un proceso de fractura de cadera e intentar evitar las posibles complicaciones que pueden acaecer durante el primer año, disminuyendo así la morbimortalidad de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Se pretende continuar el proyecto durante un año más para ver los resultados de los indicadores que aún no se encuentran disponibles por tiempo cronológico y además se quiere añadir un nuevo proyecto de calidad en concordancia con el mismo acerca de la creación de un protocolo para la vía de fractura de cadera en el Hospital Obispo Polanco y en el Hospital San José de Teruel.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/966 ===== ***

Nº de registro: 0966

Título
CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Autores:
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, VIAL ESCOLANO RAQUEL., MAGDALENA LINGE MARTIN, OQUENDO MARMANEU CARMEN, FORCANO GARCIA MERCEDES, ROYO AGUSTIN MARIA, MATEO ABAD ANA, MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La unidad funcional interdisciplinar de ámbito hospitalario que se encarga de identificar a los individuos frágiles y/o situación de riesgo de dependencia funcional, de valorar sus necesidades sanitarias y sociales de forma integral y de indicar y tramitar el recurso asistencial más adecuado para cada caso en nuestra Comunidad recibe el nombre de Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) y constituye un recurso transversal dentro del Sistema de Salud que presta su colaboración a los profesionales de todos los niveles asistenciales, siendo responsable de la valoración integral y gestión intrahospitalaria de la población diana y de facilitar la coordinación y continuación de los cuidados de esta población una vez dada de alta.

Los cuidadores de pacientes intervenidos de cirugía de cadera y rodilla la mayor parte de las veces desconocen cómo movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus familiares. Dicha circunstancia complica la evolución de estos pacientes y es causa de estancias prolongadas hospitalarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Mejorar la atención del proceso de cadera realizando un seguimiento por parte de Traumatólogos y geriatras en consultas externas de Orto geriatria al mes de la intervención de fractura de cadera, a los 3 meses, a los 6 y al año.
• Objetivos secundarios:
o Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización mediante la explicación de ejercicios domiciliarios y la valoración funcional en el tiempo de un año.
o Aumentar la implicación de los familiares y de los médicos en el proceso de fractura de cadera.
o Realizar una prevención primaria y secundaria de los posibles síndrome geriátricos que acaecerán en estos pacientes
o Realizar un seguimiento personal en el proceso de recuperación funcional de fractura de cadera
o Facilitar la comunicación y agilizar el proceso activo entre médicos de distintas especialidades y el paciente y su familia.
o Valorar de manera conjunta la globalidad del paciente y sus patologías por ambos servicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

MÉTODO

Valoración por parte de la UVSS (compuesta por geriatras y enfermera de geriatría)

al paciente ingresado por presentar fractura de cadera:

1. Valoración geriátrica integral al ingreso del paciente
 2. Tratamiento activo previo a la intervención quirúrgica
 3. Seguimiento diario del paciente durante su estancia hospitalaria
 4. Búsqueda activa de su lugar de rehabilitación al alta
 5. Valoración de síndromes geriátricos
 6. Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes.
 7. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatría.
- Realizar una revisión durante el primer mes tras fractura de cadera :
1. Realización de radiografía de cadera en posición antero-posterior y axial y observación posterior por ambos especialistas
 2. Realización de analítica previa si fuera necesaria para control de anemia postquirúrgica
 3. Revisión de complicaciones postquirúrgicas tanto en herida como en extremidad
 4. Revisión de complicaciones médicas tras la cirugía
- Realización a los 3 meses del paciente intervenido de fractura de cadera por parte de Traumatología:
1. Nueva radiografía de cadera para valorar consolidación de la herida quirúrgica
 2. Rellenar los datos para el registro nacional de fractura de cadera
 3. Valoración complicaciones postquirúrgicas
- Revisión a los 6 meses y al año por parte de los servicios de Traumatología y Geriatría para reevaluación del paciente:
4. Estudio, seguimiento y tratamiento de factores de riesgo implicados en el proceso de fractura de cadera como osteoporosis, desnutrición calórico-proteica y sedentarismo

INDICADORES

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Traumatología y que en el informe de alta aparece su cita al mes de Orto geriatria

Nº total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera

Estándar: superior o igual al 80%

INDICADOR 2

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Traumatología con tratamiento para la osteoporosis

Numero total de pacientes ingresados en la planta de Trauma con cirugía de cadera

Estándar: Superior o igual al 80%

INDICADOR 3

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría a los 6 meses (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos a los 6 meses tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

INDICADOR 4

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría al año (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos al año tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

DURACIÓN

Reuniones organizativas, Organización de citas, Realización de la consulta mes a mes, Explicación de ejercicios con entrega de tríptico, Valoración geriátrica integral, Comunicación con Servicios de Rehabilitación y Atención

Primaria, Recogida de datos para realización de indicadores, Redacción de los resultados: 1 año a tiempo completo

cada uno de ellos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD ABAD FERRANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REMÓN BUJ MARIA TERESA
MANSILLA ARRAZOLA MARIA JESUS
CASAS JIMENEZ YARA
ALVAREZ GONZALEZ LAURA
CLAVERIA ORTEGA ROSA MARIA
YANEZ PEREIRA MANUEL
PUYUELO AVENTIN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas de satisfacción muy positivas, la propia adherencia al Programa, de las usuarias (mejora fundamentalmente de la accesibilidad), de los profesionales sanitarios, felicitaciones verbales y por carta, se pretende en 2019 medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y así poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las tres provincias
Febrero-marzo, Las responsables del Programa, previo al diseño de la encuesta de satisfacción, realizan consultas y búsquedas bibliográficas de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico.
Abril, diseño y puesta en común de un borrador de encuesta de satisfacción para la Comunidad Autónoma, por parte de las responsables de coordinación de las tres provincias.
En mayo se realiza una reunión en Unidad Fija de Zaragoza, previa al inicio del proceso, de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, confirmar el diseño de un formato único, y metodología Se concreta que se invitará a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para poder detectar áreas de mejora no exploradas.
En junio, se realiza una reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias, asistiendo auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa, para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias. Se acuerda, dado las vacaciones de julio y agosto, comenzar en septiembre.
En septiembre En septiembre 2019 se diseña una urna, elaborada con una caja de cartón precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa, cumplimenta la encuesta" gracias por colaborar. Participan Técnicos auxiliares y responsable del programa.
Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en Unidad móvil de cribado mamográfico
Diciembre: recogida del buzón de las encuestas (Técnicos en radiodiagnóstico), introducir registros en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativa), y evaluación final por parte de la responsable del programa.
Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Teruel se han realizado 176 encuestas durante el mes de noviembre de 2019 en la Unidad Móvil de cribado mamográfico instalada en la zona de salud de Maella y Caspe.
La Participación sucesiva regular en el Programa es de 96 %
ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:
El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 97 %.
En caso de contactar por teléfono: el 83% de las llamadas se contestaron a la primera, 15 % tuvo que intentar alguna vez, y 2 % no pudo contactar
El correo electrónico: lo utilizan 5 % Y opinan que se contestó rápidamente
RESPECTO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:
99 % con mucha amabilidad o correcto, 81 % mucha amabilidad, y el 19 % correcto
CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente, sobre todo en sala de espera
El 41 % muy cómodo
el 56 % bastante cómodo, 3 % poco cómodo
DEMORA RESULTADOS
83 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados
15% corto, 2% largo
VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa
Satisfechas o muy satisfechas el 96 %, el 63 % muy satisfechas, y 37 % satisfechas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Alta satisfacción global del programa. Las mujeres valoran positivamente el trato recibido con amabilidad del personal técnico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

-La mujer contacta con el programa, en la mayor parte de los casos por teléfono y se contesta la llamada a la primera en la mayor parte de los casos. Solo el 5% utilizan el correo electrónico Y la valoración es que se contestó rápidamente.

-Mejorar la confortabilidad de la sala de espera, ya que el tamaño del habitáculo es reducido.

- El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

Oportunidad de mejoras
Utilizar la sala de espera de los centros de salud o locales cedidos por el ayuntamiento, según donde se instale la Unidad Móvil, y evitar el retraso y acumulo de mujeres citadas en la Unidad.

-Explorar y medir la percepción de los distintos tiempos de demora del proceso completo de resultados, la espera desde la mamografía a pruebas complementarias y resultado final, normal, o hospital.

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, puede agregar características, necesidades y preferencias. También favorece la fidelización, saben que escuchas y que importa mejorar. Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora; la innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender con qué medios a nuestro entorno podemos contar

7. OBSERVACIONES.

En la pregunta abierta se recogieron sugerencias que no pueden ser tenidas en cuenta porque son de carácter técnico y no competen a la población. No se recogieron sugerencias de mejora.

-Prolongar la edad del Programa a mujeres > 70 años: 23/176

-Realizar mamografía en cada localidad: 2/176

-Tener en cuenta antecedentes familiares: 1/176

-Realizar mamografías anuales: 8/176

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1320 ===== ***

Nº de registro: 1320

Título
MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD, REMON BUJ MARIA TERESA, MANSILLA ARRAZOLA MARIA JESUS, CASAS JIMENEZ YARA, ALVAREZ GONZALEZ LAURA, CLAVERIA ORTEGA ROSA MARIA, YANEZ PEREIRA MANUELA, PUYUELO AVENTIN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención Precoz Cáncer Mama
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Satisfacción de la usuaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de detección precoz de cáncer de mama en Aragón comenzó a finales de 1996 y se extendió de forma progresiva a toda la Comunidad Autónoma hasta alcanzar una cobertura total en 1999. Su misión se basa en detectar precozmente el cáncer de mama para lograr una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida en mujeres de la población diana (50 a 69 años residentes en Aragón).
El Programa dispone de dos Unidades fijas (Zaragoza - Huesca) y tres unidades móviles (Zaragoza-Huesca- Teruel) provistas de mamógrafo que se desplazan a todas las cabeceras de Zona de Salud de Aragón que mejoran la accesibilidad de las usuarias al Programa de forma fundamental, siendo este uno de los motivos que contribuyen a una valoración muy positiva por parte de usuarias, profesionales sanitarios y también por la población general. Se tienen medidas indirectas de esta satisfacción a lo largo del tiempo: la propia adherencia al programa, comentarios de prensa, felicitaciones verbales y telefónicas... Pero también se han recogido sugerencias y reclamaciones que, aunque escasas, son la demostración objetiva de que es necesario mejorar en algunos aspectos como en la accesibilidad telefónica, pero sobre todo en el trato a la usuaria y en la información que se le proporciona.
Se pretende en 2019 medir de forma lo más objetiva posible esa satisfacción de las usuarias y detectar áreas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

de mejora preguntando directamente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Medir la satisfacción de la usuaria del PDPCM:
- o Con la información que se le proporciona
- o Con el trato personal que recibe (amabilidad, educación, cortesía)
- o Con la espera para realizar la prueba
- o Con la confortabilidad de las instalaciones
- o Con los plazos de demora de resultados
- Detectar áreas de mejora de forma objetiva

MÉTODO

Se va a diseñar una encuesta, corta, visual, anónima. Preguntando por los aspectos que se pretende testar, valorando hacerlo a través de una escala Likert o algún sistema de la misma sencillez. Se entregará la encuesta a la usuaria cuando acuda a realizarse la mamografía, dándole la oportunidad de depositarla en una urna o buzón colocado fuera del recinto para facilitar el anonimato y dar mayor libertad de respuesta a la señora.

La encuesta terminará con una pregunta abierta, general para poder detectar mejoras en áreas no exploradas directamente.

Análisis estadístico de las encuestas recogidas

INDICADORES

- % participación sucesiva regular (separada por provincias) > 85%
- % satisfacción con la información que se proporciona >90%
- % mujeres satisfechas con el trato >95%
- % mujeres satisfechas con la espera >90%
- % mujeres que valoran positivamente la confortabilidad de las instalaciones (Unidad móvil>80%; Unidad fija >90%)
- % mujeres satisfechas con la demora en recibir resultados >80%

DURACIÓN

1º y 2º trimestre: Diseño de la Encuesta

Mayo / Noviembre: se invitará a todas las participantes en el Programa a responder la encuesta

Diciembre: análisis estadístico de las encuestas, identificación de áreas de mejora y planificar actividades para la mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ADRIAN BALLANO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUARDA PORTER SALVADOR
MARCO CATALAN MARIA PILAR
GALLARDO GANUZA CARMEN
GALVE ROYO FERNANDO LEON
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este año hemos tenido diferentes reuniones y actividades, siendo la primera con dirección médica con el objetivo de comentar y debatir estrategia para acometer el proyecto de Telederma de contrato programa de 2019 concretando fechas y acciones pendientes.

Inicialmente nos reunimos con Coordinación de Atención Primaria de Teruel y Coordinación del Centro de Salud del Ensanche, donde impartimos una primera charla de formación sobre la Teledermatología, sus ventajas, limitaciones, resultados de eficiencia y criterios de derivación.

En el primer semestre del año definimos también el circuito de envío de las consultas de teledermatología, creando una agenda en Interconsulta Virtual llamada "Teledermatología" y la manera de colgar las imágenes en la plataforma de Historia Clínica Electrónica.

En el segundo semestre del año se reanudaron las sesiones clínicas de formación en dermatología general, dando dos charlas de 1 hora cada una en cada centro de salud de Teruel, uno en el del Ensanche, otro en el Centro. Asimismo se comenzaron las primeras pruebas con pacientes, y se han hecho las primeras derivaciones para comprobar que el circuito se ejecuta correctamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en los objetivos marcados en el proyecto aún no pueden ser evaluados debido a que este primer año ha servido de formación, adquisición de equipamiento, creación de los circuitos y mejora de los problemas surgidos, de tal manera que no se ha podido testar en la población diana para ver los resultados. De todas formas se proporciona a continuación la información disponible a fecha de diciembre del 2019.

INDICADORES DE EVALUACIÓN.

-Control de demora media en patología dermatológica: según datos facilitados por el servicio de Admisión, a lo largo del 2019 sólo en dos meses se superó la demora media por encima de los 60 días. Estos fueron abril y agosto, probablemente por la llegada de un segundo dermatólogo al servicio y el aumento de demanda inducida, y la fecha de agosto por el período estival y las vacaciones que reduce las visitas realizadas. El resto de meses se han cumplido los objetivos marcados por la orden 03/11/2009, incluso en los meses de enero-febrero-septiembre-octubre-diciembre por debajo o igual de los 40 días.

-Tiempo de sospecha (fotografía) hasta primer tratamiento en lesiones malignas inferior a 30 días: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho a modo de prueba no ha habido ninguna patología maligna.

-Tiempo de respuesta a interconsultas de teledermatología inferior a 96 horas: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho el 100% de ellos se han contestado en menos de 96 horas.

-Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de teledermatología no superior al 25%: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho el 50% no era patología pigmentada sino tumoral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como responsable del proyecto puedo decir que el desarrollo de este proyecto está resultando satisfactorio hasta la fecha actual, si bien nos encontramos con una limitación importante por parte de Atención Primaria, que es la falta de médicos, con lo cual no se dispone en estos momentos de una agenda reglada con un tiempo y un personal que pueda hacer y enviar las teleconsultas de dermatología. Esperamos que con los últimos llamamientos de la OPE de familia se consiga revertir este problema.

Por otro lado estamos ilusionados en lanzar a lo largo del 2020 la teledermatología en la población del Centro de Salud Centro de Teruel, previsto para el segundo semestre del año

Por último me gustaría comentar que el último indicador de evaluación relativo al "Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de teledermatología no superior al 25%" se ha visto modificado ya que nuestro criterio de derivación principal de la teledermatología es la patología pigmentada y la tumoral, por eso muchas interconsultas eran de tumores no pigmentados como tal, y el indicador sale mayor al 25%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL SECTOR TERUEL

establecido. Creemos que es mejor corregir este indicador para las evaluaciones finales de objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/475 ===== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
BALLANO RUIZ ADRIAN, LAGUARDA PORTER SALVADOR, MARCO CATALAN MARIA PILAR, GALLARDO GANUZA CARMEN, GALVE ROYO FERNANDO LEON, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Mejora registros y fuentes de información. Mejora satisfacción profesionales. Tránsito del conocimiento.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención de patología dermatológica en el sector de Teruel se ha realizado habitualmente de modo convencional, valoración de pacientes en consulta de atención primaria y en aquellos casos que se considera necesario se remite a consulta de Dermatología. La demora media aunque no es muy elevada (suele ser inferior a 60 días en nuestro sector) puede retrasar una valoración a tiempo, siendo relevante la en patología potencialmente neoplásica. Se remiten pacientes que de haber dispuesto de una imagen de las lesiones y compartida entre ambos niveles, con una breve descripción y antecedentes por parte de su médico se podrían haber evitado. Disponemos de tecnologías y de experiencias en otros sectores y en otras comunidades autónomas que han testado la utilidad de la tele dermatología, acortando tiempos de sospecha a primer tratamiento, evitando desplazamientos innecesarios, y mejorando la transferencia de conocimiento y formación continuada. La tele dermatología propuesta para este sector consiste en obtener imágenes de lesiones dermatológicas a priori potencialmente malignas (pigmentadas) con la ayuda de una cámara y un dermatoscopio y compartir a través de Historia Clínica Electrónica (HCE) y de Interconsulta Virtual (IV) entre Atención Primaria y Dermatología para adecuar respuesta y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es adecuar tiempo de respuesta a las patologías potencialmente malignas o neoplásicas de dermatología detectadas en atención primaria. Para ello como objetivos intermedios o secundarios se potenciará o se mejorará la comunicación entre ambos niveles asistenciales con el uso del a herramienta de IV y se mejorará la formación en dermatología y la relación entre niveles asistenciales.

La población diana en un primer paso será la población urbana del Centro de salud Teruel Ensanche (unos 20.000 habitantes 25% población que atiende el sector aproximadamente) pudiéndose posteriormente extenderse a otros centros. Los servicios clínicos que van a participar en este Proyecto son Atención Primaria y Dermatología. Otros unidades que participarían de forma indirecta serán Informática y Servicios de Información (Admisión)

MÉTODO

Se coordinarán sesiones de formación en patología dermatológica objetivo del proyecto, especialmente, lesiones pigmentadas, dirigidas especialmente a los profesionales del centro de salud de la población diana que atienden este tipo. Se estiman necesarios dos talleres de una hora aproximadamente de duración cada uno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

El siguiente objetivo es disponer de un documento de consenso y de sector para este circuito que esté disponible en la intranet.
Desde las Direcciones en coordinación con Servicios de Informática y la Dirección de Gestión se realizarán las gestiones pertinentes para disponer del equipamiento y software necesario: cámara y dermatoscopio (800 euros); Programa informático Baydicom ; agenda de teledermatología; Adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio.
Se realizarán talleres de formación específicos de uso de la herramienta para profesional de referencia en el centro de salud que gestionará los casos.
Se planificará una agenda de teledermatología en centro de salud y también en dermatología de Hospital

INDICADORES

- Control de demora media en patología dermatológica: mantener demora media en cifras inferiores a 40 días
- Tiempo de sospecha (fotografía) hasta primer tratamiento en lesiones malignas inferior a 30 días: al menos el 50%
- Tiempo de respuesta a interconsultas de teledermatología inferior a 96 horas (al menos el 80%)
- Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de teledermatología no superior al 25% (que al menos 3 de cada 4 pacientes consultados sean patologías pigmentadas con objeto de evitar demanda inducida)
- Satisfacción de los profesionales que usan la herramienta. Análisis de la calidad percibida.
- Presentar en sesión de trabajo resultados obtenidos y formar a otros profesionales de referencia de otros centros de salud: al menos una sesión.

DURACIÓN

- Taller(es) formación en centro de salud: en segundo trimestre de 2019. Se impartirán por dermatólogos de sector.
- Documento de consenso: Teledermatología Sector de Teruel: tercer trimestre de 2019 (Servicio de Dermatología)
- Adquisición cámara + dermatoscopio: tercer-cuarto trimestre de 2019
- Programa Baydicom: segundo semestre de 2019
- Agendas de teledermatología noviembre 2019. (adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio).
- Primeros pacientes consultados por circuito de teledermatología, finales 2019- primer trimestre de 2020

OBSERVACIONES

Posiblemente se necesite un periodo superior al año para poder hacer una correcta evaluación de las primeras experiencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILAR BONACASA EVA YOLANDA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA
SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE
GARCIA VALIENTE ANA ISABEL
SANCHEZ ORO RAQUEL
JARA DIAZ ANA MARGOT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se desarrolla el Proyecto, seguimiento del presentado el año anterior, estableciéndose las siguientes prioridades y actividades:

- Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria.
 - Se ha recogido de información del número de estudios de RM totales solicitados desde Atención Primaria y por cada facultativo y Centro de Salud del Sector. Aproximadamente 150 facultativos solicitantes de estas pruebas.
 - Valoración de las solicitudes realizadas desde Atención Primaria en el último trimestre de 2019, por diferentes radiólogos, para establecer la indicación o no de la solicitud, según las guías clínicas consensuadas con la UME (Unidad de Musculoesquelético).
 - Se han registrado en archivo Excel datos de cada solicitud, incluyendo información clínica, tipo de exploración y grado de indicación del estudio.
- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.
 - En Marzo de 2019, enmarcado en las iniciativas del Ministerio de Sanidad, se envió una nota a los servicios solicitantes de estudios preoperatorios, en la que, tras consenso entre los Servicios de Anestesia y Radiología y de acuerdo con la Dirección del Hospital, se indicó la conveniencia de no solicitar Radiografía de Tórax preoperatorio de forma rutinaria a pacientes menores de 40 años.
 - Entre el 1 de octubre y 31 de diciembre de 2019 se han recogido todas las solicitudes de Radiografía de Tórax preoperatorio.
 - Se han revisado todas las solicitudes, evaluando la edad de los pacientes y los servicios/facultativos solicitantes.
- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos
 - Se ha realizado registro de todos los procedimientos intervencionistas realizados durante 2019 sobre tiroides, incluyendo datos de indicaciones, hallazgos y resultados anatomopatológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria.

Indicadores:

- Número de solicitudes de estudios de RM realizada por cada facultativo de Atención Primaria, respecto al total de solicitudes desde Atención Primaria durante el periodo de estudio, años 2018 y 2019.
- Porcentaje de solicitudes de estudios de RM que se ajustan a los criterios establecidos en las guías consensuadas en la UME (Unidad de patología musculoesquelética), respecto del total de solicitudes.
- Número de solicitudes inadecuadas de estudios de RM realizadas por cada facultativo de Atención Primaria, respecto al total de solicitudes inadecuadas

Resultados:

Diferenciamos entre las solicitudes de RM de hombro, RM de rodilla y RM de columna.

- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 61 RM de Hombro desde AP. Sólo en el 16% (10 pacientes) se especificaba en los datos clínicos la existencia de antecedente traumático con alteración en la movilidad (criterios establecidos en la guía de la UME). En un 82 % (50 pacientes), no existía antecedente traumático según datos clínicos aportados y en un 2 % no se especificaba esta información en los datos clínicos de la solicitud. De los 10 pacientes que cumplían criterios, en el 70 % (7 pacientes) existía estudio de radiografía previa y en el 30 % restante (3 pacientes) no. También criterio establecido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

por la UME.

- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 55 RM de Rodilla desde AP. 2 de ellas a petición del facultativo especialista previo a derivación del paciente. De las 53 RM restantes en el 26 % (14 pacientes), se especificaba en los datos clínicos la existencia de antecedentes traumático con bloqueo articular o sospecha de lesión meniscal, cumpliendo los criterios establecidos según la guía UME. Sobre los restantes casos, en el 49% (26) el paciente no presentaba antecedente traumático según datos clínicos y en el 25% (13 pacientes) estos datos clínicos no se comunican en la solicitud (NC: no consta). Del total de peticiones de RM de rodilla, en el 40% (21 pacientes) se especificaba que se le había realizado al paciente radiografía previa de rodilla, en el 32% (17 pacientes) no constaba esta información en la solicitud, aunque se había realizado y en el 28 % (15 pacientes), no se comunicaba esta información ni se había realizado radiografía previa a la solicitud del estudio. Respecto a los pacientes que cumplían criterios para realizar RM de rodilla según la UME (antecedente traumático con bloqueo articular o sospecha de lesión meniscal), en el 50% (7 pacientes) se especificaba la realización al paciente de radiografía previa de rodilla, en el 36% (5 pacientes) no constaba esta información, aunque se había realizado y en el 14% (2 pacientes), no se comunicaba esta información ni se había realizado radiografía previa a la solicitud del estudio.
- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 159 RM de Columna desde AP, 78,88% de RM lumbar y 21,12% de RM cervical. Según guía consensuada de la UME, se evaluaron las solicitudes según criterios establecidos, entre los que se incluyen principalmente:

- Lumbalgia mecánica, pseudociatalgia/dorsalgia/cervicalgia mecánica-postural.... tratamiento médico y fisioterapia primaria de 4- 6 semanas... si no mejora derivar con RX AP y L.
- Patología lumbar/cervical: radiculalgia sin déficit sensitivo motor, sin respuesta a tratamiento médico: realizar Rx simple AP y L de columna lumbar / cervical + Rx AP y axial de cadera y hombro respectivamente.....solicitar RM.
- Derivaciones UME-Rehabilitación (RHB): Patología columna lumbar, dorsal y cervical mecánica-degenerativa (?con los esfuerzos, movimientos...) más de 6-12 semanas de evolución (período agudo/subagudo) con/sin irradiación y sin déficits sensitivo -motor.
- Patología con Síntomas de Alarma no derivar UME-RHB.

Del total de peticiones de RM de Columna, solo el 20,1% son pruebas justificadas que cumplen los principales ítems (más de 6-12 semanas, radiculalgia / afectación neurológica y no responde a tratamiento médico conservador). El 44,6% se trata de pruebas probablemente indicadas, excluyendo el ítem de tratamiento previo conservador (se supone) y evolución subaguda - crónica cuando el tiempo de evolución no consta en la solicitud. La suma de las pruebas debidamente justificadas y probablemente indicadas corresponde al 64,7% de solicitudes. El resto de solicitudes, 35,2%, se trata de pruebas no indicadas. En cuanto a la justificación de la prueba, el 40% de solicitudes de RM lumbar y cervical incluyen datos del informe previo de la radiografía simple (innecesario porque en el servicio de radiología ya se cuenta con él) y sin embargo respecto a la exploración de la radiculalgia, en el 30% de las ocasiones no se indica la lateralidad (derecha, izquierda, bilateral) y tan solo en un caso (0,94%) se indica el nivel clínico exploratorio referido por un EMG realizado previamente. De forma global, la adecuación de las solicitudes de RM no supera el 25%.

2. Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.

De octubre a diciembre de 2019 se evaluaron 433 estudios de RX de tórax preoperatorio, de los que un 7,6% (33 solicitudes) resultaron inadecuados, por solicitarse en pacientes menores de 40 años. Del total de inadecuados, casi el 40% (13 solicitudes) se solicitaron por el servicio de cirugía, un 27% del Servicio de Anestesia y otro 27% de ORL.

3. Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

En 2019 se realizaron un total de 51 intervenciones sobre patología de tiroides, 42 fueron PAAF y 9 BAG. El 31% de ellas fueron no representativas, por presencia de material hemático un 27% (14 casos) y el 3.9% por material insuficiente (2 casos). Las 51 intervenciones se realizaron sobre 42 pacientes, algunas duplicadas, por lo que el número real de lesiones intervenidas fue de 44. En cuanto a la clasificación de las lesiones, en el 63% de los casos las lesiones fueron clasificadas en el estudio base previo a la punción. De estas 44 lesiones, en 35 casos (79%) la indicación de intervención era adecuada según los criterios EUTIRADS. En 8 casos la indicación fue inadecuada y hubo un caso inadecuado más, si bien el tamaño de la lesión se encontraba en el límite de la indicación: En los casos de lesiones con indicación inadecuada, la totalidad de las lesiones resultaron benignas. En cuanto a los resultados, 16 fueron no concluyentes (cifra más elevada que en 2018) de los cuales se repitieron 7 intervenciones, recomendando control evolutivo en el resto, por tratarse de lesiones TIRADS 3: 1 carcinoma papilar (fue clasificada como TIRADS 5), 1 lesión folicular de significado incierto con atipia (TIRADS 5) y el resto patología benigna, 33 lesiones.

Objetivos e indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

- Disminuir el número de exploraciones de control ecográfico de tiroides y disminuir el número de intervenciones sobre tiroides.
- Diferencia entre el número de exploraciones ecográficas de cuello realizadas, entre 2018-2019.
- Diferencia entre el número de intervenciones sobre patología tiroidea entre 2017 y 2018 y 2018- 2019
- Uso de la nomenclatura EUTIRADS en el sistema de registro de las intervenciones sobre tiroides mayor del 50%.
- Porcentaje de intervenciones clasificadas con la nomenclatura EUTIRADS sobre el nº total de intervenciones tiroideas.
- Seguimiento de las recomendaciones para PAAF de nódulos tiroideos dadas por la clasificación EUTIRADS.
- Porcentaje de procedimientos de intervencionismo adecuados en tiroides, respecto al total de intervenciones.

Resultados:

- Se ha producido un mínimo aumento del nº de exploraciones en el año 2019 (15 más que en 2018), no significativo si se tiene en cuenta que en el año 2019 ha habido mayor disponibilidad que en 2018.
- Entre los años 2017 y 2018 se produjo una disminución del 50% en el nº de intervenciones sobre tiroides (109 en 2017 y 55 en 2018).
- Entre los años 2018 y 2019 se produjo una disminución del 7,7% en el nº de intervenciones sobre tiroides (55 en 2018 y 51 en 2019).
- El porcentaje de intervencionismo en tiroides respecto al total de exploraciones ecográficas tiroideas también se ha reducido, con un 12,3% en 2018 y 11,1% en 2019.
- El uso de la nomenclatura EUTIRADS en el sistema de registro de las intervenciones sobre tiroides sobre el total ha sido del 63%.
- Durante el año 2019, el seguimiento de las recomendaciones para la realización de PAAF de nódulos tiroideos según clasificación EUTIRADS ha sido del 79%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria. Valoración de resultados.

- Se ha incrementado un 12% el número de estudios por RM solicitados desde AP, 869 en 2018 y 973 estudios en 2019.
- Existe una alta variabilidad en la práctica en cuanto a la solicitud de exploraciones. Contamos con los datos de cada facultativo de AP del Sector (que no consideramos adecuado hacer constar en este informe), de tal forma que hay facultativos que han solicitado 2-3 estudios/año y otros 60 estudios/año, sin una aparente causa diferenciadora que lo justifique.
- Globalmente, la recogida de datos resulta compleja. La comprobación de la idoneidad de la prueba se hace a través de los datos clínicos y de exploración que constan en la solicitud, y en gran porcentaje no responden a los criterios que deben ser evaluados, por lo que, aunque la prueba podría estar indicada, no puede valorarse adecuadamente.
- Es necesario mejorar la guía consensuada con UME, ya que no siempre es posible delimitar claramente la adecuación y tampoco se establecen claros los criterios de consulta virtual previa o no a la UME (según consta en la guía) antes de solicitar el estudio.
- La mayor parte de las solicitudes no están cumplimentadas con el protocolo acordado con la UME, sin saber si el incumplimiento se debe a desconocimiento de la guía, a falta de acuerdo con los criterios de solicitud o a otros factores (tiempo...).
- En la mayoría de solicitudes no constan datos de exploración física y en gran número de ellas solo se hace referencia al "dolor" como justificante de la solicitud.
- Se evita hacer referencia en pacientes mayores de 50 años a antecedentes degenerativos que podrían hacer evitable la realización de la prueba.

Oportunidades de mejora:

- Dado el bajo porcentaje de solicitudes adecuadas (solo el 25%), consideramos imprescindible incidir en esta área, trabajando de forma directa y permanente con los profesionales de Atención Primaria para establecer de forma conjunta unos objetivos de mejora.
- Es necesaria una revisión de la guía de UME, para establecer con claridad los criterios de derivación a Atención Especializada y de solicitud de pruebas diagnósticas. Determinar de manera definitiva, la necesidad o no, de realizar previamente consulta virtual a la UME y en su caso, que quede manifiesto en el volante de solicitud.
- Programar reuniones y sesiones formativas con los facultativos de Atención Primaria, para recordar y establecer los principales criterios de solicitud de estudios RM, así como elaborar un protocolo/guía clínica final consensuada.
- Trabajar conjuntamente con la Dirección de Atención Primaria y Hospital los datos recogidos respecto al número de solicitudes por parte cada facultativo y en cada centro de salud (información que creemos no procede hacer constar en esta memoria), con el objetivo de establecer medidas de mejora e incidir, donde se considere necesario, con sesiones de información y formación.
- Exigir, una vez consensuado con Atención Primaria, que las solicitudes se cumplimenten con datos acordes al protocolo establecido, indicando tiempo de evolución, respuesta a tratamiento médico o rehabilitador, si existe o no radiculopatía, lateralidad... etc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

2. Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.

Consideramos que ha existido una buena respuesta a la propuesta y que el número de estudios inadecuados ha sido escaso. Si bien, creemos que puede alcanzarse la adecuación total con unas pequeñas mejoras que incluirían:

- Proporcionar esta información al Servicio de Admisión (que gestiona los estudios preoperatorios) para que se evite la citación directa de los pacientes a los que no debe realizarse el estudio.
- Establecer vías de comunicación directa con los servicios y facultativos implicados en esta inadecuación, probablemente por una falta de información inicial.
- Hacer seguimiento a corto plazo de los estudios que se solicitan en los próximos meses.

3. Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

El sistema de clasificación de las lesiones tiroideas, EUTIRADS, extraído de la guía de práctica clínica europea "European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS" es sencillo de aplicar en la práctica clínica, contribuyendo a disminuir el número de intervenciones inadecuadas sobre patología tiroidea e incrementando la seguridad del paciente. Consideramos satisfactorios los resultados obtenidos durante el año 2019, con un seguimiento de las recomendaciones para la realización de PAAF de nódulos tiroideos según clasificación EUTIRADS del 79%. Con todo, esperamos mejorar aún más el resultado, con una mayor adherencia de los profesionales implicados a estas guías con indicaciones para el intervencionismo y seguimiento de lesiones, para lo que se continuará con el registro de estos procedimientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Autores:
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA, VILAR BONACASA EVA YOLANDA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.
• Consumo innecesario de recursos.
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

MÉTODO

- Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.
- Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.
- Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.
- Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
- Reuniones de seguimiento y evaluación.

INDICADORES

- Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
- Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
- Documentos de consenso obtenido para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
- Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
- Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
- Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

DURACIÓN

- Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
- Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
- Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
- Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **