

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 8 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)

Sector ZARAGOZA 1

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|--------|--------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------|----|------------|--|
| Z1 | AP | CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) | GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL | 2019_0825 | S1 | 27/01/2020 | Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS |
| Z1 | AP | DAP ZARAGOZA 1 | NAVARRO VITALLA OSCAR | 2019_0092 | F | 17/01/2020 | CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR) |
| Z1 | AP | DAP ZARAGOZA 1 | GALINDO CHICO MIGUEL | 2019_0404 | S1 | 20/12/2019 | DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I |
| Z1 | HOSP | H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA | JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN | 2018_1077 | F | 24/01/2020 | GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES |
| Z1 | HOSP | H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA | JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN | 2018_1077 | F | 24/01/2020 | GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES |
| Z1 | HOSP | H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION | UNTORIA AGUSTIN CARMEN | 2019_0285 | F | 23/12/2019 | VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I |
| Z1 | HOSP | H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION | UNTORIA AGUSTIN CARMEN | 2019_0285 | F | 27/12/2019 | VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I |
| Z1 | HOSP | H ROYO VILLANOVA DIRECCION | VILLA GAZULLA MARIA TERESA | 2019_0273 | S1 | 28/02/2020 | OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I |

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL GARCIA PARICIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARDO PARDO CONSUELO
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
GONZALEZ PEREZ EMILIO
GARCIA IZUEL PATXI
PEREZ COLON MARIA EUGENIA
PEREZ VELA JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Febrero, tras una reunión presencial multidisciplinar con los representantes de la AECC y del Hospital San Juan de Dios, como toma de contacto y planteamiento del proyecto. Se han ido realizando aportaciones mensuales vía correo electrónico, además en una cuenta de Dropbox se colgaba la documentación y recursos disponibles, sobre los que se iba trabajando, en esta lista se han ido incluyendo a las personas implicadas en el proyecto, responsables de distintas áreas (gestión de voluntarios de cada entidad y de recursos)
Posteriormente se realizó una reunión física en Julio en el Centro de Salud con el personal del propio centro, implicado en el proyecto y con personal de la AECC y el Hospital San Juan de Dios, en ella se concretaron los servicios a ofertar por cada entidad, se conoció físicamente a los responsables de cada entidad encargados y se dejó esbozado el protocolo a seguir.
Aunque se mantenía actividad fluida por mail, se realizaron otras 3 reuniones físicas que fueron en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre.
En Octubre se completó el algoritmo de actuación.
En Noviembre se terminó de desarrollar el protocolo completo de actuación, y una separata para difusión del proyecto.
A partir de Noviembre se inició la búsqueda activa de pacientes.
En Noviembre se incluyó un paciente que falleció cuando iba a ser incluido en el proyecto.
En Diciembre se encontraron 2 pacientes, uno denegó el uso del servicio y otro presentó una reagudización que precisó ingreso hospitalario.
Dado el perfil tan específico de pacientes, no se pudo incluir nadie antes de tener un protocolo completamente elaborado.
Actualmente disponemos de un algoritmo, una separata informativa para el público, y un protocolo que explica dicho algoritmo.
La previsión es continuar todo 2020 en actuación de campo, integrando pacientes en el programa y llevando el protocolo de actuación a la práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la complejidad del proyecto por presentar carácter multidisciplinar y con colaboración de distintas entidades, en un paciente complejo que precisa ser atendido en un breve periodo de tiempo, no hemos podido ejecutar el proyecto hasta tener un protocolo completamente elaborado, y tras tenerlo la muestra es muy específica, esperamos tener suerte durante este año. Dado que no ha podido desarrollarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente ejecutar el programa, el diseño que parecía inicialmente sencillo ha resultado complicado en la elaboración de un algoritmo que mantenga correctamente informado al personal implicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Autores:
GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, PARDO PARDO CONSUELO, ASTIER PEÑA PILAR, RODRIGUEZ CURIESES
PETRA, MENDI METOLA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Terminales no oncológicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente paliativo es un paciente muy vulnerable con muchas necesidades que aumentan según avanza la enfermedad. La situación deseable de estos pacientes es que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible en un entorno familiar seguro, evitando ingresos por desconocimiento de cuidados, sobrecarga de la familia o falta de recursos.

El equipo de referencia de este paciente son los profesionales de Atención Primaria. Son estos profesionales los que habitualmente conocen las necesidades del paciente y la familia y los que consultan o solicitan colaboración a los ESAD si precisan.

Pero somos conscientes que tanto los pacientes como los familiares tienen también necesidades psicológicas, sociales y espirituales y que es un objetivo mejorable del Servicio Aragonés de Salud.

Las herramientas fundamentales para responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales y sus familiares son el control óptimo de síntomas, la información y comunicación adecuada y también un cambio en la organización que permite adaptarse a necesidades distintas y con objetivos distintos, a medida que avanza la enfermedad.

El equipo interdisciplinar con formación es la base fundamental para proveer una atención integral, y son las necesidades de los enfermos y familiares los que deben regir su organización práctica para garantizar una atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad

El Sector I cuenta con los siguientes recursos que hay que coordinar y dar a conocer:

- o Atención Primaria Sector Zaragoza I: Centro de Salud
- o Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD
- o AECC de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal : Mejorar y actualizar la atención a estos pacientes a través de:

1. Crear un equipo de trabajo en el que participen profesionales del ESAD del Hospital San Juan de Dios, médicos y enfermeras de Atención Primaria, psicólogos y responsables del voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Dirección de Atención Primaria.
2. Actualizar/Recoger en un solo documento o protocolo que coordine todas las acciones y actividades que actualmente se desarrollan desde AP, ESAD y AECC en el proceso de los cuidados paliativos en nuestro Sector que incluya la atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad
3. Garantizar la identificación del cuidador/referente principal Y mejorar su rol por medio de la información, formación y soporte del equipo de cuidados.

MÉTODO

Difusión del protocolo entre los profesionales.

Elaboración y difusión en formato de díptico entre los usuarios afectados y/o sus familiares.

Se ha elegido el CS La Jota como centro piloto para 2019.

Población diana

Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos a los que se les diagnostique desde AP cualquier necesidad física, psicológica, social y espiritual.

Agentes:

- Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD y voluntarios
- Asociación Española Contra el Cáncer, AECC Zaragoza
- Atención Primaria del Sector Zaragoza I

Metodología

La detección de las necesidades será siempre desde AP, y serán estos profesionales los responsables de informar de la posible colaboración con AECC y HSJD.

- Necesidades asistenciales: serán atendidas directamente por el equipo de AP, y si estos lo consideran, con la colaboración del ESAD I.

- Necesidades psicológicas: serán atendidas por psicólogos de AECC (pacientes oncológicos) o psicólogos HSJD (pacientes no oncológicos).

- Necesidades sociales: TS de la AECC y de Atención Primaria. Ayudas técnicas y voluntariado de la AECC y HSJD.

- Necesidades espirituales: serán abordadas por voluntariado preparado de la AECC.

El problema de la soledad se afrontará desde Trabajo Social, psicólogos y voluntariado que realiza una labor de acompañamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

INDICADORES

- Creación/Constitución de Equipo Multidisciplinar
- Diseño/revisión y/o redacción de protocolo de organización y coordinación de equipos multidisciplinar
- Registro Valoración Sociofamiliar + Identificación Cuidador Principal OMI-AP (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con soporte de Voluntariado AECC (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con reingreso/exitus hospitalario(% en Pacientes Incluidos)

DURACIÓN

Inicio : Febrero 2019
Constitución grupo de trabajo : marzo 2019
Pan de comunicación : mayo 2019
Finalización Diciembre 2019

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 - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALINDO CHICO MIGUEL
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
ROYAN MORENO PILAR
SANJUAN SARALEGUI MARIA
CAVERO NAGORE MATILDE
CLARES PUNCEL MARIA TERESA
LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constituido el grupo de trabajo de enfermeras y médicos, se redactó el protocolo de actuación del proyecto con las guías clínicas por procesos agudos. Antes de presentarlo a los profesionales y coordinadores se presentó a los jefes de admisión de los 4 centros implicados el proyecto, así como las modificaciones en las agendas que tenían que preparar, con unas guías sencillas para que los administrativos que estuvieran en el centro supieran como desarrollar su actividad. A continuación se presentó a los coordinadores médicos y de enfermería de los centros implicados. También se realizó una reunión previa con el grupo de trabajo y con profesionales de enfermería sustitutos y eac que habitualmente realizaban estas labores en los centros, para escuchar sus dudas y poner fecha de comienzo el 1 de junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido la creación de la CEAR en los 4 centros, del protocolo y de las guías de patologías leves. 100% Puesta en marcha del proyecto e los 4 centros, se pedía el 50 %.
Porcentaje de pacientes atendidos en la CEAR, se bajó al 40 %, porque la primera cifra se vio que era imposible. Se alcanzó el 42,70%.
Porcentaje de pacientes atendidos por enfermería que no han necesitado pasar por el médico, se pedía un 30%, se ha conseguido 47,48%
El número de reclamaciones generadas desde la implantación del proyecto han sido 2, concentradas en los días de las fiestas de Navidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general la valoración del proyecto ha sido positivo. Con los datos en la mano. Hay que puntualizar que nos hemos encontrado con problemas que nos ayudarán a pulir los errores cometidos. de los 4 centros implicados dos después del verano (septiembre) decidieron por su cuenta dejar de hacer este proyecto. también hemos sacado la conclusión de hacerlo en el PAC, ni en atención continuada. Es primordial la colaboración e implicación del servicio de admisión, ya que sin ello el proyecto muere antes de empezar, ya que la citación se realiza mal. También es importante el equipo enfermera-médico, la confianza entre ellos y el grado de confianza, ya que encontramos a profesionales que desconfiaban unos de otros.
Hay que instaurarlo en horario habitual de los centros (mañana y tarde). Exige una implicación de todos los profesionales del centro. En vista de los resultados es un proyecto que mejorado y habiendo aprendido de nuestros errores lo seguiremos trabajando e instaurando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, GALINDO CHICO MIGUEL, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, ROYAN MORENO PILAR, SANJUAN SARALEGUI, CAVERO NAGORE MATILDE, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Otro Tipo Patología: todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Equipos de Atención Primaria son considerados la puerta de entrada y los principales proveedores de servicios del Sistema Sanitario. Existen posibilidades de mejora en diversos aspectos de la asistencia que presta la Atención Primaria. La demora en la atención, la excesiva burocratización, la medicalización de muchos procesos y el fomento de la excesiva dependencia del Sistema Sanitario son problemas frecuentes en los Centros de Salud. Por ello es lógico pensar en estrategias organizativas y plantear nuevas propuestas asistenciales, para mejorar la eficiencia del Sistema y buscar el máximo desarrollo y potencialidad de cada uno de los profesionales, que sin duda mejorarán la calidad de la atención a los usuarios. Este documento pretende exponer la problemática existente en los centros de salud del Sector Zaragoza I por el constante incremento de la demanda indomable y/o urgente y se marca como objetivo poner en valor la labor de enfermería mediante una nueva organización del trabajo que les permita recibir a los pacientes que precisan atención preferente y que no disponen de cita con su médico, realizándoles una "valoración enfermería", decidiendo sobre su proceso asistencial, con los recursos disponibles, y resolviendo la consulta de manera autónoma y finalista sin tener que derivar al médico si así lo considerase. Esto supondrá la creación de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR).

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de CEAR
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.
Empoderar a la enfermería de cara a la sociedad, siendo reconocida socialmente en su papel y el liderazgo en la prevención y educación sanitaria.

MÉTODO

Formación de un grupo de trabajo compuesto por médicos (4) y enfermeras (5-6).
Elaboración de guías de intervenciones de enfermería, que sirvan de apoyo para los profesionales.
Adaptación de las agendas de MF y Enfermería.
Implantación del proyecto en la agenda de AC de los Centros: Arrabal, Actur Sur, Picarral y PAC Actur Oeste.
Valoración de resultados a los 2-3 meses de su puesta en marcha. Y en función de los resultados se extenderá a más centros y en todos los horarios.

INDICADORES

Conocer el protocolo en los Equipos de implantación: 100%.
Puesta en marcha de la CEAR, en al menos 2 centros :50% de los centros elegidos.
Porcentajes de pacientes indomables atendidos en la CEAR.60%
Porcentaje de pacientes atendidos en la CARE, que se les ha resuelto el problema.30%
Valorar el número de reclamaciones en función de la implantación de la CEAR.

DURACIÓN

Constitución y reunión del grupo de trabajo enero. (25/01/2019).
Creación de las agendas de medicina y enfermería. (febrero)
Elaboración de las guías en marzo.
Pilotaje en AC en el primer trimestre del 2019.

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 - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL GALINDO CHICO
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP ZARAGOZA 1
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARUZ BELLIDO ROBERTO
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
PUIG GARCIA CARMEN
FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS
ABADIA TAIRA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tras la presentación y codificación del proyecto a través de la plataforma de calidad (abril 2019), se iniciaron los trámites pertinentes para, en primer lugar, poder adquirir los recursos materiales, en este caso dermatoscopios de luz polarizada, necesarios para conseguir no solo uno de los objetivos del proyecto, sino como condición imprescindible a la hora de la consecución del resto de metas. Para ello, y ante la falta de presupuesto propio, se consiguió el mecenazgo de una empresa farmacéutica, que con el apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón) como fundación, y presentándolo como proyecto de innovación dentro de la Atención Primaria del Sector I, culminó el 26 de julio de 2019 con la firma de un convenio de colaboración entre ambas entidades. Esto nos facilitó obtener los fondos necesarios para poder adquirir 7 dermatoscopios de luz polarizada con cámara incorporada, pensando en la futura puesta en marcha de la tele dermatología en el Sector.
- Desde el principio, se contó con la participación del Sº de dermatología del H. Royo Villanova a través de su Jefe de Servicio, manteniendo varias reuniones con él. Nos orientaron en el tipo y características técnicas que debían reunir los dermatoscopios a adquirir, pensando no solo en la calidad de la imagen sino también en su funcionalidad a la hora de facilitar en un futuro la migración de las mismas a HCE y permitir el desarrollo de la tele dermatología en el Sector. Asimismo, encontramos la colaboración necesaria para impartir la formación en el uso de los mismos.
- El 4, 5 y 6 de noviembre de 2019 se realizó la primera edición de la oferta en formación en dermatología a través del uso del dermatoscopio. Curso de casi 10 horas de duración, eminentemente práctico e impartido por el Dr. Victor Manuel Alcalde Herrero (F.E.A. del Sº de dermatología del HRV). El 22 y 26 de noviembre y ante el interés suscitado entre los profesionales médicos de atención primaria del Sector I, se impartió una segunda edición de formación en dermatoscopia en tumores cutáneos, esta vez impartida por el Dr. Jose Luis Cañada Millán y el Dr. Jaime Bona García (Médicos de Familia de los Sectores Sanitarios II y III). Curso de 10 horas de duración y como el anterior, muy práctico. Está prevista una nueva edición del curso para el primer trimestre del año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Las dos ediciones de formación consiguieron reunir a 45 médicos y pediatras de atención primaria de la mayoría de centros de salud del Sector I e iniciarles en el uso del dermatoscopio. Con ello, se ha conseguido que el 30% de los facultativos de atención primaria del Sector I hayan recibido un primer curso de capacitación en la práctica de la dermatoscopia, además de haber difundido esta formación a profesionales de 11 de los 13 centros del Sector. No hubo solicitudes ni desde Luna ni desde Villamayor. Las encuestas de satisfacción de ambos cursos superaron el 9.
- Se consigue dotar a más de la mitad de centros de salud de dermatoscopios con cámara incorporada. Al haber menos dermatoscopios que centros formados, la Dirección de Atención Primaria se ha visto obligada a priorizar su asignación de acuerdo a criterios de ruralidad-lejanía, población, prevalencia e incidencia de lesiones malignas, número de profesionales del centro formados y si es un centro acreditado para la docencia o no. Se comunica en diciembre que los centros de salud seleccionados para su asignación son: Actur Norte, Actur Oeste, Arrabal, Picarral, La Jota, Santa Isabel y Alfajarín. Queda pendiente la entrega de los aparatos a los respectivos centros de salud, que se realizará en enero de 2020 para que empiecen a utilizarlos.
- En diciembre de 2019 se mantiene reunión con el Jefe de Servicio de dermatología, informándole de qué profesionales y centros se han formado. Se decide dar comienzo con la tele dermatología, iniciando un pilotaje en La Jota, Actur Oeste y Alfajarín para el primer trimestre del año 2020. Esperando que la experiencia sea positiva, se ampliará a los 4 centros restantes antes del periodo estival.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- A pesar de no contar con presupuesto propio, se han podido adquirir 7 dermatoscopios a través de un convenio de colaboración entre la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la industria farmacéutica. Para ello, tuvimos que desarrollar un proyecto de innovación que incluyera la implementación de la tele dermatología en el Sector I.
- La difusión y posterior realización de dos cursos de formación fue altamente positiva, con un interés por parte de los facultativos elevada, lo que ha llevado a preparar una tercera edición para el 2020. Tal como hemos reflejado con anterioridad, el 30% de los médicos y pediatras de atención primaria del sector I han superado estos cursos y por ello están capacitados para iniciarse en el uso del dermatoscopio como herramienta fundamental en el diagnóstico de lesiones dermatológicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Se consigue sobradamente el objetivo planteado en el proyecto de al menos una sesión formativa.

- Los indicadores de calidad propuestos en el proyecto, debido a que todos los trámites de las actividades anteriores se dilataron en el tiempo y hasta diciembre no pudimos contar con los dermatoscopios, además de que el calendario de formación también terminó tarde, no reúnen las condiciones para su evaluación durante el año 2019. Por tanto, será a lo largo del año 2020 cuando se lleve a cabo el seguimiento y medición de esta parte esencial del proyecto.

Impacto del Proyecto:

- Hemos conseguido introducir con éxito la formación en el uso del dermatoscopio en atención primaria en este Sector y poder dotar a muchos de nuestros centros de las herramientas necesarias.
- Debido a la buena acogida por parte no solo de los profesionales de atención primaria sino también por parte de los especialistas en dermatología, se ha decidido introducir la tele dermatología en el Sector I, teniendo prevista su implementación a lo largo del primer trimestre de 2020.

Sostenibilidad y capacidad de extensión:

- En 2019 no se da por cerrado el proyecto y tendrá su continuidad en el año 2020 como proyecto de mejora en el próximo Contrato Programa.
- Se evaluarán los mismos indicadores del proyecto inicial en aquellos centros que cuenten con dermatoscopio.
- Se propondrá a la Dirección de Atención Primaria que para el año 2020 todos los Equipos de Atención Primaria del Sector I puedan contar con esta herramienta. De esta manera y de forma progresiva, introducir la tele dermatología en todas las Zonas Básicas de Salud del Sector, dando cobertura a la totalidad de la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título
DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, GARUZ BELLIDO ROBERTO, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, PUIG GARCIA CARMEN, FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS, ABADIA TAIRA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia. Según índice EDC se encuentra entre las 10 primeras patologías en tasa/1000 habitantes.
Es preciso el diagnóstico precoz desde A.P. de las lesiones premalignas y/o malignas.
Se hace de vital importancia poder discriminar el tipo de lesiones tumorales susceptibles de derivación a dermatología, ya que la tasa de interconsultas es alta y las demoras en esta especialidad son elevadas. En nuestro Sector es la segunda especialidad, después de oftalmología, con más interconsultas desde A.P. Datos 2017: 9.866 interconsultas. Datos 2018: 9.534 interconsultas.
La prevalencia de lesiones tipificadas como pigmentadas malignas en diciembre de 2018 en el Sector I era del 1,26% con 2.536 episodios activos, de los cuales 392 fueron diagnosticados a lo largo de 2018.
En nuestro Sector, los profesionales sanitarios no cuentan con las herramientas adecuadas para el correcto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

diagnóstico de las lesiones dermatológicas. No hay dermatoscopios y es pertinente la adquisición de estos aparatos y la formación en su uso de los facultativos médicos.

En un futuro, y no siendo el propósito de este proyecto, será necesario implementar herramientas de telemedicina entre A.P. y Dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.

Consensuar criterios para un diagnóstico precoz de la patología dermatológica maligna.

Dotar de dermatoscopios a los centros de salud.

Capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.

Con todo ello se esperan disminuir las interconsultas con dermatología al facilitar al médico de AP las herramientas necesarias para un diagnóstico diferencial más preciso de las lesiones tumorales dermatológicas benignas/malignas.

MÉTODO

Dotar a los equipos de atención primaria de herramientas de diagnóstico (dermatoscopios).

Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías dermatológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación en AP y adecuándolos a las nuevas circunstancias.

Desarrollar actividades formativas tanto para su difusión como para la capacitación en el uso del dermatoscopio entre los facultativos médicos, priorizando al menos la presencia de un profesional por cada centro de salud.

INDICADORES

- Realización de acciones formativas orientadas al diagnóstico clínico de patología tumoral dermatológica y al uso del dermatoscopio. Al menos una edición acreditada en 2019 y abierta a todos los profesionales médicos de AP.

- Disminuir las derivaciones a dermatología asociadas a CIAPs de lesiones pigmentadas (S77, S79, S80, S81 y S82).

- Seguimiento de casos. ¿Sería previsible un aumento en el diagnóstico de lesiones malignas tipificadas en OMI por el CIAP S77? Sirva este proyecto de mejora para valorar el impacto del uso del dermatoscopio en A.P.

DURACIÓN

Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión

Abril-Junio: Talleres formativos.

Junio-Diciembre: Seguimiento del impacto de la medida

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 - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se evaluaron las causas de la alta incidencia de reingresos por insuficiencia Cardiaca y se propusieron medidas encaminadas a mejorarlas, que fueron las siguientes:

- 1- Mejorar la calidad del tratamiento médico según la guías
- 2- Educación sanitaria sobre el síndrome de IC al paciente, familiares con elaboración de folleto informativo y ofrecer un tfno. De contacto
- 3- Transición de cuidados de forma correcta de atención Hospitalaria a atención primaria (se adjuntan normas de la SEC)
- 4- Reevaluación temprana del paciente
 - a. 1 visita en los primeros 7 días del alta a cargo de una enfermera experta en IC y el médico correspondiente (cardiólogo, geriatra, internista, médico de atención primaria). Va encaminada a valorar congestión residual u otras causas reversibles de descompensación y ajustar tratamiento. Realizar analítica de pro-BNP, Hb, filtrado glomerular
 - b. Programar visitas sucesivas para ajustar medicación
 - c. Realizar tratamientos puntuales en hospital de día: diuréticos IV, ferritina, transfusión de concentrados de hematies...

Todas estas medidas se encuadran en el desarrollo de una Unidad de IC especializada que ofrezca todas estas medidas y la coordinación con Atención Primaria que es fundamental en el cuidado de estos pacientes. También se propuso realizar una base de datos que registre los reingresos por IC y causas desencadenantes, durante el año 2019.

Por último, se planteó desarrollar una vía clínica en el manejo hospitalario de la IC que englobe a todos los servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la misma para unificar criterios de actuación y mejorar la calidad del tratamiento ofrecido a estos pacientes.

Teniendo como guía estos objetivos, hemos estado colaborando estrechamente el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Cardiología durante todo el 2019:

1. Se ha incluido en la agenda del Servicio de Cardiología una consulta especializada de IC, cuya actividad de detalla en un documento adjunto (anexo 1). Se remiten paciente con IC avanzada procedentes de Cardiología, MI (anexo 2) y recientemente se ha realizado un documento para que Atención Primaria pueda derivar sus pacientes (anexo 3).
2. Se está realizando actividad formativa, para el personal sanitario y para los pacientes ingresados, para que conozcan su enfermedad y como deben cuidarse. Se están elaborando unos folletos informativos que se entregaran a los pacientes.
3. En el informe de alta, se adjuntan normas claras y sencillas para el paciente respecto a la alimentación, toma de líquidos, pesarse todos los días y estilo de vida.
4. Los pacientes que ingresan por IC, al alta salen con cita para la consulta de IC en 15 días o para su cardiólogo en 1-2 meses.
5. Se ha realizado una base de datos (Anexo 4) donde se registran los pacientes que reingresan de forma precoz por IC. Se elaboró de forma conjunta con Medicina Interna, se están registrando los pacientes desde julio de este año.
6. Creación de un Grupo de trabajo de IC en el HRV para la elaboración de la vía clínica.

Nuestro objetivo para el año 2020 es desarrollar de forma completa la unidad especializada de IC, para ello necesitamos:

- Aumentar el número de consultas de seguimiento para los pacientes, tanto los dados de alta después de un ingreso como los derivados desde Atención Primaria o desde Especializada.
- Dedicar tiempo a formación y colaboración con Atención Primaria, para dar a conocer el protocolo de derivación de pacientes, coordinarnos en el seguimiento de los pacientes al alta después de una descompensación cardiaca, es importante que Atención Primaria se implique en el seguimiento precoz. Nuestro plan es dedicar un tiempo en ir a cada centro de Salud para establecer una vía de comunicación y colaboración en el tratamiento de estos pacientes.
- Desarrollar una consulta de Cardio-oncología, para seguimiento y tratamiento precoz de pacientes con cardiotoxicidad

REINGRESOS POR EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

1. Se ha diseñado un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso". Se han recogido datos demográficos y de comorbilidad de 15 pacientes con más de 2 ingresos por EPOC (10 hombres -66,7%, edad media 73,5 años), desde enero de 2019 hasta octubre de 2019, en el servicio de neumología del HRV (tabla 2). Como puede apreciarse los pacientes reingresadores son aquellos que presentan insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con oxígeno domiciliario. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son hipertensión arterial, bronquiectasias con infección bronquial crónica, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada y diabetes mellitus. Un tercio de los pacientes eran fumadores activos. 13 de 15 vivían en su domicilio con apoyo familiar y todos estaban polimedificados.
2. La valoración del efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos se analizará 6 meses después de la puesta en marcha de las intervenciones. Como puede apreciarse en la tabla 2, el porcentaje de reingresos por exacerbación de EPOC en el servicio de neumología del HRV, está en torno al 9% (11,5% en el primer trimestre de 2019) con un aumento del peso medio a lo largo de los últimos 3 años y una disminución de la estancia media. Datos del estudio español RECALAR de 2015, cifran la tasa de reingresos por exacerbación de EPOC dentro de los primeros 30 días en el 16,9%, con una estancia media de 7,90 días (Alfageme, 2018), en tanto que en Estados Unidos, la tasa de reingresos a 30 días se sitúa entre el 19% (Jacobs, 2018). La tasa de reingresos a 30 días por EPOC, está por debajo de la media nacional e internacional y se debe al seguimiento de pacientes con EPOC grave en consultas monográficas y la puesta en marcha del hospital de día de neumología, que permite una menor estancia media y un control próximo al alta hospitalaria.
3. En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia. Este apartado queda estudiado con los resultados obtenidos en el servicio de neumología del HRV.
4. Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC agudizada desde Urgencias hasta el alta hospitalaria, que incluye los siguientes puntos:
 - 1) Atención en urgencias
 - 2) Criterios de ingreso
 - 3) Criterios de tratamiento ambulatorio
 - 4) Continuidad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANEXO 1: Actividad en la consulta monográfica de Insuficiencia cardiaca.

Importancia de la existencia de la consulta de IC

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial; en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto, las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA.

En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC que funciona de 2 a 3 días a la semana.

Servicios prestados en la consulta monográfica de IC

La consulta de IC está dirigida para la atención de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En esta consulta se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Se planifican también esquemas de tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. Para esto utilizamos las instalaciones del hospital de día ya existente en la planta 3º de Medicina Interna. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos (desfibrilador implantable, terapia de resincronización cardiaca), se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio de Cardiología. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realiza inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido.

Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC.

1

Actividad en la consulta de IC en el periodo entre febrero y septiembre de 2019

La consulta de IC con actividad continua 2-3 días a la semana se ha desarrollado desde febrero de 2019. A continuación indicamos el número de pacientes vistos en esta consulta así como algunos datos de la actividad realizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Número total de pacientes vistos en la consulta de IC.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 se han visto un total de 170 pacientes con diagnóstico de IC.

Derivaciones al Hospital Universitario Miguel Servet.

-Se han derivado 9 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC. Implante de DAI-TRC.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip.

-Se han derivado 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

El seguimiento de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con las distintas unidades de referencias del servicio de Cardiología del HUMS.

Pacientes con protocolo de tratamiento intravenoso en hospital de día.

-Aunque estos datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 8 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

Estimación de reingresos por IC

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019, solo 10 pacientes han tenido necesidad de reingresos hospitalarios por IC, suponiendo esto aproximadamente un 6% del total de pacientes vistos en la consulta.

Altas de la consulta de IC

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 15 pacientes.

Protocolos

Hemos realizado varios protocolos para un adecuado trabajo en nuestra consulta de IC:

-Protocolo de derivación desde primaria con sospecha de IC.

-Protocolo de derivación a nuestra consulta monográfica de IC

-Protocolo de derivación a consulta de IC avanzada del HUMS.

-Protocolo de indicación de DAI y DAI-TRC en pacientes con IC.

-Protocolo del manejo de la resistencia al tratamiento diurético en IC.

Todos los protocolos se han desarrollado conjuntamente con el grupo de mejora de la calidad de atención del IC.

Tenemos pendiente presentar estos protocolos a la comisión de Formación para que puedan estar disponibles para todo el Sector.

Conclusión

-Mantener la consulta de IC nos permitiría atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo, esto permitiría sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con la unidad de IC avanzada de referencia para la comunidad autónoma que permite optimizar el manejo integral de los pacientes con IC.

ANEXO 2: Protocolo de derivación de pacientes de nuestro centro a la Unidad de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción

-Existen situaciones en las que los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca necesitan la valoración y/o seguimiento por una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) avanzada, ya sea por si en un momento dado pudieran ser subsidiarios de dispositivos cardiacos avanzados y trasplante cardiaco, o también en casos que precisaran esquemas de tratamientos que no se disponen en nuestro centro en la actualidad.

-Los pacientes que por su situación basal sean subsidiarios de valoración y seguimiento en la UIC de referencia deben ser remitidos en primer lugar a la consulta específica de IC de nuestro centro, tras la valoración en esta consulta serán referidos a la unidad de IC avanzada y trasplante del Hospital Miguel Servet.

-En el anexo 1 se indican algunas características que nos ayudan a identificar los pacientes que se deben remitir a la UIC avanzada de referencia,

A continuación se indican los criterios de derivación a la unidad de UIC avanzada de referencia.

- Pacientes con diagnóstico de ICC que se sean candidatos a trasplante cardiaco, en general < 70 años.
- ICC con estudio etiológico completo, con mala CF pese a tratamiento médico optimizado y que sean candidatos a seguimiento estrecho y tratamiento en ciclos en un Hospital de día de IC.
- Miocardiopatía dilatada isquémica con función sistólica VI severamente deprimida pese a revascularización o cualquier tipo de miocardiopatía (MCD no isquémica, MCH, MCR, DAVD) con síntomas de IC o marcadores de mal pronóstico (IRC, HTP, elevación progresiva de péptidos natriuréticos, arritmias ventriculares). Siempre que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

sean subsidiarios de trasplante cardiaco o dispositivos avanzados.

- Pacientes con valvulopatías severas e hipertensión pulmonar significativa persistente (estudiada con cateterismo cardiaco derecho) que sean candidatos a cirugía, para valorar protocolo de HTP previo a la intervención.

También indicamos los criterios de exclusión para derivar los pacientes a la UIC avanzada:

- Pacientes con importante comorbilidad que supongan un mayor riesgo de mortalidad por las mismas que por la IC.
- Entorno sociofamiliar deteriorado.
- Incapacidad mental para el cumplimiento de la educación sanitaria
- Falta de cumplimiento terapéutico.

-La comunicación se puede hacer por llamada directa al Hospital de Día de Insuficiencia cardiaca del HUMS (extensión 114501).

-El objetivo de la derivación a la unidad de IC avanzada sería tener una primera valoración a partir de la cual el paciente tenga su seguimiento en esta unidad si así lo amerita o sea remitido nuevamente a nuestro centro para seguimiento en la consulta de IC o Cardiología general según cada caso.

Los pacientes con IC avanzada que se deben derivar a la UIC avanzada de referencia pueden tener alguna de las siguientes características que nos orienten a su identificación:

- Síntomas de IC severos y persistentes con clase funcional (CF) NYHA III-IV.
- Disfunción miocárdica severa definida como: FEVI < 30%, disfunción aislada de ventrículo derecho, valvulopatía severa con dudas de ser subsidiaria de cirugía o con hipertensión pulmonar severa.
- Elevación persistente de péptidos natriuréticos con datos de disfunción diastólica significativa o alteraciones estructurales acordes a la definición de IC con FEVI preservada.
- Episodios de edema agudo de pulmón que hayan precisado tratamiento diurético intensivo, episodios de bajo gasto cardiaco que hayan necesitado tratamiento inotrope o ingresos con arritmias malignas. En general mas de 1 episodio en el último año.
- Pacientes que sean candidatos a implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) o terapia de resincronización cardiaca (TRC).
- Disfunción orgánica extracardiaca secundaria a IC (hepatopatía, caquexia cardiaca, insuficiencia renal).
- Ausencia de comorbilidad importante que por si misma contraindique terapias invasivas avanzadas.

También podemos definir distintos criterios que nos deben alertar para referir a un paciente a la unidad de IC avanzada.

Criterios clínicos:

- Más de 1 ingreso por IC en el último año.
- CF NYHA III.
- Intolerancia a dosis óptimas de los fármacos modificadores de la enfermedad
- Necesidad de dosis incrementales de diuréticos.
- Caquexia, pérdida de peso no intencionada.
- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Falta de respuesta a TRC.

Criterios analíticos

- Filtrado glomerular < 45ml/minuto.
- Potasio >5.2 o <3.5 mEq/L, hiponatremia (de forma persistente)
- Anemia
- NT proBNP basal > 1000 pg/ml o equivalentes.
- Hipoalbuminemia.
- Elevación de enzimas hepáticas.

Criterios de imagen

- FEVI <30%
- Áreas extensas de aquinesia, disquinesia o aneurisma.
- Insuficiencia mitral moderada-severa.
- Disfunción de ventrículo derecho.
- Presión pulmonar sistólica > 50 mmHg.
- Insuficiencia tricúspide moderada-severa

ANEXO 3: Protocolo de derivación de pacientes con sospecha de Insuficiencia cardiaca desde atención primaria

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad y su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico de los pacientes. A continuación se indica la ruta asistencial cuando la sospecha diagnóstica se inicia desde atención primaria (AP).

-Paciente con sospecha clínica de IC por su médico de AP, se deben valorar los siguientes datos:

Buscar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

- Antecedentes de enfermedad cardiaca: IAM, cardiopatía isquémica crónica.
- HTA.
- Exposición a fármacos cardiotoxicos/radioterapia.
- Uso previo de diuréticos
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Buscar al menos uno de los siguientes datos a la exploración física:

- Estertores crepitantes, edema maleolar bilateral, soplo cardiaco, dilatación venosa yugular, latido de la punta con desplazamiento lateral.

Buscar signos en pruebas complementarias:

- ECG: cualquier anomalía.
- Rx. Tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, redistribución vascular.

En caso de que esté presenta al menos uno de estos signos se deberán solicitar niveles de BNP o NT-ProBNP:

En caso que los niveles de BNP sean > 35 pg/ml o NT-ProBNP> 125 pg/dl se realizará interconsulta electrónica a Cardiología y el paciente será citado en consulta de alta resolución en la que se realizará un ecocardiograma en el mismo acto.

Si los niveles son negativos se deberán buscar otras causas que expliquen los síntomas del paciente.

Si tanto la anamnesis como la exploración física y el ecocardiograma confirman la sospecha de IC, el/la paciente puede seguir las siguientes rutas:

- Paciente con disfunción sistólica VI en el ecocardiograma o en casos con FEVI preservada y presencia de valvulopatía significativa o sospecha de miocardiopatía primaria, el paciente se citará para continuar estudio en las consultas de Cardiología.
- Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada, descompensación actual por IC y comorbilidad importante se citarán para en consultas de Cardiología o Medicina Interna.
- Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada y estabilidad clínica se podrán remitir tras recomendaciones de ajuste del tratamiento para seguimiento en Atención primaria.
- En caso de que la exploración física y el ecocardiograma descarten la sospecha de IC el/la paciente se remitirán a Atención primaria para continuar estudio de su cuadro clínico.

ANEXO 4: Formulario de recogida de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tasa de reingresos por insuficiencia cardiaca ha pasado de un 18,9% a un 12,9% . La tasa de reingresos por EPOC se ha reducido de un 12,2% a un 11,2%.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.

La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.

El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.

Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas.

Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.

Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriatria, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.

2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.

3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.

4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.

5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO

1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.

2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.

3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.

4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES

Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:

1-La morbilidad y comorbilidad.

2- Numero de ingresos hospitalarios previos.

3-La duración de la estancia hospitalaria.

4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)

5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.

Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.

Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.

Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.

Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.

Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.

Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

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 - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se evaluaron las causas de la alta incidencia de reingresos por insuficiencia Cardíaca y se propusieron medidas encaminadas a mejorarlas, que fueron las siguientes:

- 1- Mejorar la calidad del tratamiento médico según la guías
- 2- Educación sanitaria sobre el síndrome de IC al paciente, familiares con elaboración de folleto informativo y ofrecer un tfno. De contacto
- 3- Transición de cuidados de forma correcta de atención Hospitalaria a atención primaria (se adjuntan normas de la SEC)
- 4- Reevaluación temprana del paciente
 - a. 1 visita en los primeros 7 días del alta a cargo de una enfermera experta en IC y el médico correspondiente (cardiólogo, geriatra, internista, médico de atención primaria). Va encaminada a valorar congestión residual u otras causas reversibles de descompensación y ajustar tratamiento. Realizar analítica de pro-BNP, Hb, filtrado glomerular
 - b. Programar visitas sucesivas para ajustar medicación
 - c. Realizar tratamientos puntuales en hospital de día: diuréticos IV, ferritina, transfusión de concentrados de hematies...

Todas estas medidas se encuadran en el desarrollo de una Unidad de IC especializada que ofrezca todas estas medidas y la coordinación con Atención Primaria que es fundamental en el cuidado de estos pacientes. También se propuso realizar una base de datos que registre los reingresos por IC y causas desencadenantes, durante el año 2019.

Por último, se planteó desarrollar una vía clínica en el manejo hospitalario de la IC que englobe a todos los servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la misma para unificar criterios de actuación y mejorar la calidad del tratamiento ofrecido a estos pacientes.

Teniendo como guía estos objetivos, hemos estado colaborando estrechamente el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Cardiología durante todo el 2019:

1. Se ha incluido en la agenda del Servicio de Cardiología una consulta especializada de IC, cuya actividad de detalla en un documento adjunto (anexo 1). Se remiten paciente con IC avanzada procedentes de Cardiología, MI (anexo 2) y recientemente se ha realizado un documento para que Atención Primaria pueda derivar sus pacientes (anexo 3).
2. Se está realizando actividad formativa, para el personal sanitario y para los pacientes ingresados, para que conozcan su enfermedad y como deben cuidarse. Se están elaborando unos folletos informativos que se entregaran a los pacientes.
3. En el informe de alta, se adjuntan normas claras y sencillas para el paciente respecto a la alimentación, toma de líquidos, pesarse todos los días y estilo de vida.
4. Los pacientes que ingresan por IC, al alta salen con cita para la consulta de IC en 15 días o para su cardiólogo en 1-2 meses.
5. Se ha realizado una base de datos (Anexo 4) donde se registran los pacientes que reingresan de forma precoz por IC. Se elaboró de forma conjunta con Medicina Interna, se están registrando los pacientes desde julio de este año.
6. Creación de un Grupo de trabajo de IC en el HRV para la elaboración de la vía clínica. Nuestro objetivo para el año 2020 es desarrollar de forma completa la unidad especializada de IC, para ello necesitamos:
 - Aumentar el número de consultas de seguimiento para los pacientes, tanto los dados de alta después de un ingreso como los derivados desde Atención Primaria o desde Especializada.
 - Dedicar tiempo a formación y colaboración con Atención Primaria, para dar a conocer el protocolo de derivación de pacientes, coordinarnos en el seguimiento de los pacientes al alta después de una descompensación cardíaca, es importante que Atención Primaria se implique en el seguimiento precoz. Nuestro plan es dedicar un tiempo en ir a cada centro de Salud para establecer una vía de comunicación y colaboración en el tratamiento de estos pacientes.
 - Desarrollar una consulta de Cardio-oncología, para seguimiento y tratamiento precoz de pacientes con cardiotoxicidad

REINGRESOS POR EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

1. Se ha diseñado un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso". Se han recogido datos demográficos y de comorbilidad de 15 pacientes con más de 2 ingresos por EPOC (10 hombres -66,7%, edad media 73,5 años), desde enero de 2019 hasta octubre de 2019, en el servicio de neumología del HRV (tabla 2).

Como puede apreciarse los pacientes reingresadores son aquellos que presentan insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con oxígeno domiciliario. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son hipertensión arterial, bronquiectasias con infección bronquial crónica, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada y diabetes mellitus. Un tercio de los pacientes eran fumadores activos. 13 de 15 vivían en su domicilio con apoyo familiar y todos estaban polimedificados.

3. En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia. Este apartado queda estudiado con los resultados obtenidos en el servicio de neumología del HRV.

4. Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC agudizada desde Urgencias hasta el alta hospitalaria, que incluye los siguientes puntos:

- 1) Atención en urgencias
- 2) Criterios de ingreso
- 3) Criterios de tratamiento ambulatorio
- 4) Continuidad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANEXO 1: Actividad en la consulta monográfica de Insuficiencia cardiaca.

Importancia de la existencia de la consulta de IC

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial; en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto, las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA.

En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC que funciona de 2 a 3 días a la semana.

Servicios prestados en la consulta monográfica de IC

La consulta de IC está dirigida para la atención de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En esta consulta se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Se planifican también esquemas de tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. Para esto utilizamos las instalaciones del hospital de día ya existente en la planta 3º de Medicina Interna. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos (desfibrilador implantable, terapia de resincronización cardiaca), se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio de Cardiología. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realiza inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido. Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC. 1

Actividad en la consulta de IC en el periodo entre febrero y septiembre de 2019

La consulta de IC con actividad continua 2-3 días a la semana se ha desarrollado desde febrero de 2019. A continuación indicamos el número de pacientes vistos en esta consulta así como algunos datos de la actividad realizada.

Número total de pacientes vistos en la consulta de IC.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 se han visto un total de 170 pacientes con diagnóstico de IC.

Derivaciones al Hospital Universitario Miguel Servet.

-Se han derivado 9 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC. Implante de DAI-TRC.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip.

-Se han derivado 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

El seguimiento de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con las distintas unidades de referencias del servicio de Cardiología del HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Pacientes con protocolo de tratamiento intravenoso en hospital de día.
-Aunque estos datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 8 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

Estimación de reingresos por IC

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019, solo 10 pacientes han tenido necesidad de reingresos hospitalarios por IC, suponiendo esto aproximadamente un 6% del total de pacientes vistos en la consulta.

Altas de la consulta de IC

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 15 pacientes.

Protocolos

Hemos realizado varios protocolos para un adecuado trabajo en nuestra consulta de IC:

- Protocolo de derivación desde primaria con sospecha de IC.
- Protocolo de derivación a nuestra consulta monográfica de IC
- Protocolo de derivación a consulta de IC avanzada del HUMS.
- Protocolo de indicación de DAI y DAI-TRC en pacientes con IC.
- Protocolo del manejo de la resistencia al tratamiento diurético en IC.

Todos los protocolos se han desarrollado conjuntamente con el grupo de mejora de la calidad de atención del IC. Tenemos pendiente presentar estos protocolos a la comisión de Formación para que puedan estar disponibles para todo el Sector.

Conclusión

-Mantener la consulta de IC nos permitiría atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo, esto permitiría sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con la unidad de IC avanzada de referencia para la comunidad autónoma que permite optimizar el manejo integral de los pacientes con IC.

ANEXO 2: Protocolo de derivación de pacientes de nuestro centro a la Unidad de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción

-Existen situaciones en las que los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca necesitan la valoración y/o seguimiento por una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) avanzada, ya sea por si en un momento dado pudieran ser subsidiarios de dispositivos cardiacos avanzados y trasplante cardiaco, o también en casos que precisaran esquemas de tratamientos que no se disponen en nuestro centro en la actualidad.

-Los pacientes que por su situación basal sean subsidiarios de valoración y seguimiento en la UIC de referencia deben ser remitidos en primer lugar a la consulta específica de IC de nuestro centro, tras la valoración en esta consulta serán referidos a la unidad de IC avanzada y trasplante del Hospital Miguel Servet.

-En el anexo 1 se indican algunas características que nos ayudan a identificar los pacientes que se deben remitir a la UIC avanzada de referencia,

A continuación se indican los criterios de derivación a la unidad de UIC avanzada de referencia.

- Pacientes con diagnóstico de ICC que se sean candidatos a trasplante cardiaco, en general < 70 años.
- ICC con estudio etiológico completo, con mala CF pese a tratamiento médico optimizado y que sean candidatos a seguimiento estrecho y tratamiento en ciclos en un Hospital de día de IC.
- Miocardiopatía dilatada isquémica con función sistólica VI severamente deprimida pese a revascularización o cualquier tipo de miocardiopatía (MCD no isquémica, MCH, MCR, DAVD) con síntomas de IC o marcadores de mal pronóstico (IRC, HTP, elevación progresiva de péptidos natriuréticos, arritmias ventriculares). Siempre que sean subsidiarios de trasplante cardiaco o dispositivos avanzados.
- Pacientes con valvulopatías severas e hipertensión pulmonar significativa persistente (estudiada con cateterismo cardiaco derecho) que sean candidatos a cirugía, para valorar protocolo de HTP previo a la intervención.

También indicamos los criterios de exclusión para derivar los pacientes a la UIC avanzada:

- Pacientes con importante comorbilidad que supongan un mayor riesgo de mortalidad por las mismas que por la IC.
- Entorno sociofamiliar deteriorado.
- Incapacidad mental para el cumplimiento de la educación sanitaria
- Falta de cumplimiento terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

-La comunicación se puede hacer por llamada directa al Hospital de Día de Insuficiencia cardiaca del HUMS (extensión 114501).

-El objetivo de la derivación a la unidad de IC avanzada sería tener una primera valoración a partir de la cual el paciente tenga su seguimiento en esta unidad si así lo amerita o sea remitido nuevamente a nuestro centro para seguimiento en la consulta de IC o Cardiología general según cada caso.

Los pacientes con IC avanzada que se deben derivar a la UIC avanzada de referencia pueden tener alguna de las siguientes características que nos orienten a su identificación:

- Síntomas de IC severos y persistentes con clase funcional (CF) NYHA III-IV.
- Disfunción miocárdica severa definida como: FEVI < 30%, disfunción aislada de ventrículo derecho, valvulopatía severa con dudas de ser subsidiaria de cirugía o con hipertensión pulmonar severa.
- Elevación persistente de péptidos natriuréticos con datos de disfunción diastólica significativa o alteraciones estructurales acordes a la definición de IC con FEVI preservada.
- Episodios de edema agudo de pulmón que hayan precisado tratamiento diurético intensivo, episodios de bajo gasto cardiaco que hayan necesitado tratamiento inotrope o ingresos con arritmias malignas. En general mas de 1 episodio en el último año.
- Pacientes que sean candidatos a implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) o terapia de resincronización cardiaca (TRC).
- Disfunción orgánica extracardiaca secundaria a IC (hepatopatía, caquexia cardiaca, insuficiencia renal).
- Ausencia de comorbilidad importante que por si misma contraindique terapias invasivas avanzadas.

También podemos definir distintos criterios que nos deben alertar para referir a un paciente a la unidad de IC avanzada.

Criterios clínicos:

- Más de 1 ingreso por IC en el último año.
- CF NYHA III.
- Intolerancia a dosis óptimas de los fármacos modificadores de la enfermedad
- Necesidad de dosis incrementales de diuréticos.
- Caquexia, pérdida de peso no intencionada.
- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Falta de respuesta a TRC.

Criterios analíticos

- Filtrado glomerular < 45ml/minuto.
- Potasio >5.2 o <3.5 mEq/L, hiponatremia (de forma persistente)
- Anemia
- NT proBNP basal > 1000 pg/ml o equivalentes.
- Hipoalbuminemia.
- Elevación de enzimas hepáticas.

Criterios de imagen

- FEVI <30%
- Áreas extensas de agünesia, disquinesia o aneurisma.
- Insuficiencia mitral moderada-severa.
- Disfunción de ventrículo derecho.
- Presión pulmonar sistólica > 50 mmHg.
- Insuficiencia tricúspide moderada-severa

ANEXO 3: Protocolo de derivación de pacientes con sospecha de Insuficiencia cardiaca desde atención primaria

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad y su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico de los pacientes. A continuación se indica la ruta asistencial cuando la sospecha diagnóstica se inicia desde atención primaria (AP).

-Paciente con sospecha clínica de IC por su médico de AP, se deben valorar los siguientes datos:

Buscar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

- Antecedentes de enfermedad cardiaca: IAM, cardiopatía isquémica crónica.
- HTA.
- Exposición a fármacos cardiotóxicos/radioterapia.
- Uso previo de diuréticos
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Buscar al menos uno de los siguientes datos a la exploración física:

- Estertores crepitantes, edema maleolar bilateral, soplo cardiaco, dilatación venosa yugular, latido de la punta con desplazamiento lateral.

Buscar signos en pruebas complementarias:

- ECG: cualquier anomalía.
- Rx. Tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, redistribución vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

En caso de que esté presenta al menos uno de estos signos se deberán solicitar niveles de BNP o NT-ProBNP:

En caso que los niveles de BNP sean > 35 pg/ml o NT-ProBNP> 125 pg/dl se realizará interconsulta electrónica a Cardiología y el paciente será citado en consulta de alta resolución en la que se realizará un ecocardiograma en el mismo acto.

Si los niveles son negativos se deberán buscar otras causas que expliquen los síntomas del paciente.

Si tanto la anamnesis como la exploración física y el ecocardiograma confirman la sospecha de IC, el/la paciente puede seguir las siguientes rutas:

-Paciente con disfunción sistólica VI en el ecocardiograma o en casos con FEVI preservada y presencia de valvulopatía significativa o sospecha de miocardiopatía primaria, el paciente se citará para continuar estudio en las consultas de Cardiología.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada, descompensación actual por IC y comorbilidad importante se citarán para en consultas de Cardiología o Medicina Interna.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada y estabilidad clínica se podrán remitir tras recomendaciones de ajuste del tratamiento para seguimiento en Atención primaria.

-En caso de que la exploración física y el ecocardiograma descarten la sospecha de IC el/la paciente se remitirán a Atención primaria para continuar estudio de su cuadro clínico.

ANEXO 4: Formulario de recogida de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tasa de reingresos por Insuficiencia cardiaca se ha reducido de un 18,9% a un 12,9%.

La tasas de reingresos por EPOC ha descendido de un 12,2% a un 11.23%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.

La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.

El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.

Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector. Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriátrica, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
- 2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
- 3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
- 4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
- 5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO

- 1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
- 2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
- 3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
- 4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES

Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:

- 1-La morbilidad y comorbilidad.
 - 2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
 - 3-La duración de la estancia hospitalaria.
 - 4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
 - 5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.
- Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.
- Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

- Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

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 - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculoesquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
 - o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
 - o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
 - o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
 - o Registro de la actividad clínica en la HCE.

INDICADORES

| | |
|---|---|
| Depuración de los pacientes pendientes de cita | 100% |
| Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP | TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019) |
| % de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME | 100% de los CS |
| % de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME | 25,33% |
| % de implementación Interconsultas virtuales Traumatología | NO |
| % de resolución no presencial de las IV en Traumatología | NO |

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabjará en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

| | | |
|---|---------------|----------------|
| Depuración de los pacientes pendientes de cita AP | 2019/2018 < 1 | 100% |
| Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP | 2019/2018 < 1 | |
| % de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME | | 100% de los CS |
| % de implementación Interconsultas virtuales Traumatología | | 100% de los CS |
| % de resolución no presencial de las IV | Pendiente | |
| % Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares. | 2019/2018 < 1 | |
| Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología | | SI |

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.
Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.
Marzo-Mayo 2019:
• Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
• Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
• Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.
Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.
Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculo-esquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Actualización de cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
- o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
- o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
- o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
- o Registro de la actividad clínica en la HCE.

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%

Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP:
TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019)

% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS

% de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME 25,33%

% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología NO

% de resolución no presencial de las IV en Traumatología NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabaja en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP 2019/2018 < 1
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología 100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV Pendiente
% Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares. 2019/2018 < 1
Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología SI

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.

Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.

Marzo-Mayo 2019:

- Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
- Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
- Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLA GAZULLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MALO FINESTRA LAURA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
SARASA CLAVER PILAR
GARCIA EGEA JORGE
SIESO GRACIA MARIA RUTH
DIAZ CORNELL MARCOS
MATIA SANZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo. 14/01/19, 19/02/19, 23/07/19 y 13/12/19.

Se han revisado las patologías susceptibles de poder ser derivadas a la hospitalización domiciliaria desde los Servicios de Medicina Interna, Traumatología, Digestivo, Cirugía General, Neurología, Urología y Servicio de Urgencias.

Se ha revisado el Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y se está trabajando en la adaptación de los criterios de derivación de los diferentes Servicios en el Hospital Royo Villanova.

Para cumplir con el objetivo de potenciar la concienciación y crear cultura en el Hospital se ha realizado un plan de sesiones informativas en los siguientes Servicios:

- o Sesión con el Servicio de Digestivo para revisar las indicaciones de Hospitalización domiciliaria que proponía el Servicio y adecuarlas a los criterios de la Sociedad Española.
- o Sesión con el Servicio de Endocrinología. Se está trabajando en el Protocolo de derivación Hospitalización domiciliaria en Nutrición parenteral aguda. Pendiente de trabajar con el Servicio de Farmacia para la dispensación de preparados nutricionales. Reunión prevista con Digestivo-Endocrino-Farmacia en enero 2020.
- o Sesión con el Servicio de Traumatología. Adecuación de criterios y aclaración de dudas en la propuesta de lumbociática con bomba de analgesia.
- o Sesión con el Servicio de Cirugía
- o Sesión con el Servicio de Neumología.
- o Sesión con el Servicio de Urgencias. Con la formación de los facultativos nuevos en los criterios de derivación a la Hospitalización domiciliaria.
- o Sesión para los MIR.
- o Se está trabajando en la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria para tratamiento de infecciones con antibioticoterapia IV y pacientes reincidentes.

Se han diseñado Posters para cada Servicio con las indicaciones de derivación por especialidad. Pendiente de logos corporativos.

Se ha revisado el circuito interno y de asignación de pacientes y fijado los criterios de selección: análisis detallado de cada paciente; diagnóstico correcto antes del alta hospitalaria y envío a la Unidad; análisis exhaustivo de la situación familiar y el entorno familiar; que se prevea el alta en un tiempo razonable; estancia Media de 10-12 días (excepto en los tratamientos antibióticos de larga duración); análisis del Sector geográfico (isocrona de 30'); búsqueda activa de pacientes; se ha hablado con la Empresa Linde, suministradora del O₂ para el suministro en horario de tarde; se realizan sesiones mensuales con Enfermería; se ha instalado un buzón depositar las Hojas de interconsulta, que son revisadas directamente por el personal de la Unidad; se dispone de ordenadores portátiles con conexión a Internet para registrar la actividad clínica en la HCE, trabando ya en el registro del Curso clínico.

Se está trabajando en la idea de ampliar los criterios de admisión y de la posibilidad de crear una Unidad de paliativos en Hospitalización Domiciliaria para asumir pacientes en situación terminal con sedación paliativa con posibilidad de atención las 24 horas. Para ello habrá que recalificar las camas, pues estos pacientes tendrán una EM más elevada. Estos GRD se separaran del resto para el análisis de la actividad.

Se actualizaran todos los documentos y se valora la posibilidad de solicitar la acreditación ISO de la Unidad.

Se ha realizado una encuesta de satisfacción cuyos resultados están pendientes de evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y adaptación de los criterios de derivación en nuestro Hospital Royo Villanova.
Plan de sesiones de difusión de los criterios.
Diseño de posters con criterios de derivación por Servicio.
Revisión del circuito de funcionamiento interno.
Inicio de trabajo en el Curso clínico de la HCE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Inicio del trabajo de documentación de toda la organización del Servicio para acreditación de la Unidad en la Norma ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria: Objetivo 90-100%
95,16%*/66,29%**

*Sobre camas abiertas.

**Sobre total de camas teóricas. No valorable por nueva forma de definición del tipo de cama.

Estancia media: 10-12 días: HP HIS 2019 9,71

Cálculo de la variación en % 2019/2018: +19.71 (En todo caso inferior a 10 días)
Por Unidad de enfermería:

Año 2018: 8.16

Enero-noviembre 2019: 9.76

Tasa de reingresos: Prácticamente nula.

% de satisfacción encuestas. >90 %: Realizada. Pendiente de valoración.

7. OBSERVACIONES.

El objetivo del trabajo era propiciar un uso más óptimo de los recursos de la Unidad de Hospitalización del Sector Zaragoza I, habiéndose conseguido un gran avance en la concienciación de los profesionales para potenciar la derivación de pacientes que cumplen los criterios fijados y que son susceptibles de poder disfrutar de esta modalidad de hospitalización con una calidad asistencial óptima.

El Equipo de trabajo se ha implicado en la revisión de los criterios de derivación por Servicio y se ha realizado una importante labor de difusión y de concienciación. También se ha mejorado en el funcionamiento interno de la Unidad y su relación con el resto de Servicios.

Si bien, quedan pendientes cuestiones importantes como seguir con la protocolización, el plan de difusión y el diseño definitivo de los posters. También trabajar la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria y la admisión de pacientes paliativos en situación terminal. Por último, trabajar en la preparación y actualización de toda la documentación para la acreditación ISO de la Unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/273 ===== ***

Nº de registro: 0273

Título
OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
VILLA GAZULLA MARIA TERESA, FERRANDO VELA JUAN, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, SARASA CLAVER MARIA PILAR, MALO FINESTRA LAURA, GARCIA EGEA JORGE, ROSELL ABOS MARIA TERESA, SIESO GRACIA RUT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías susceptibles de Hospitalización domiciliaria de las especialidades implicadas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hospitalización a domicilio consiste en la prestación de servicios sanitarios especializados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

hospital.

Tiene como objeto situar al paciente en su entorno sociofamiliar, una vez superada la fase de mayor riesgo de su enfermedad en el hospital, antes de dar por enteramente curado su proceso, consiguiendo de este modo un modelo sanitario más económico y una atención más humana.

La Hospitalización a domicilio del Hospital Royo Villanova intenta mejorar continuamente la atención que se presta en el domicilio de los pacientes, aproximando cada vez más el hospital a casa, ofertando mayores prestaciones y permitiendo trasladar al paciente más tempranamente a casa con las ventajas que de ello se derivan.

En resumen, se persigue la mejora en la utilización de los recursos, procurando la obtención de los mejores resultados. Por tanto, este Proyecto tiene como objeto aprovechar los recursos que actualmente dispone la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova al mayor número de pacientes que lo necesiten y lo deseen.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la utilización de los recursos con los que actualmente cuenta la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova, para los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial, por parte de todos los servicios médicos o quirúrgicos implicados en la atención de estos pacientes y desde cualquier área asistencial.

Revisar las patologías susceptibles de ingreso en hospitalización domiciliaria.

Revisar los protocolos y circuitos de derivación y de envío de pacientes.

Aumentar la utilización de las camas disponibles.

Ajustar la estancia media.

En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, analizará las causas de la escasa utilización de este recurso sanitario, revisará los protocolos y circuitos de derivación y las patologías susceptibles de ser atendidas en hospitalización domiciliaria.

Con el Servicio de Medicina Interna como eje del proyecto se mantendrán reuniones con los Servicios cuyas patologías sean susceptibles de ingreso en esta modalidad asistencial para concienciar de sus beneficios y potenciar así su utilización.

Se analizarán los datos disponibles y se trabajará para ajustar la estancia media a los estándares óptimos.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria. 100%

Estancia media. <10-12 días

% de satisfacción encuestas. >90 %

Revisión de criterios y patologías susceptibles de ingreso. Protocolo de patologías susceptibles de HD por servicio implicado. 100%

Consumo farmacéutico

Infección nosocomial

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma de actuación.

Marzo: Análisis de las causas de la escasa utilización, revisión de patologías y circuitos.

Marzo-Mayo 2019:

- Diseño del plan de difusión para optimización de la demanda.
- Seguimiento de indicadores.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

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 :

*** ===== **