

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	S2	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2019_0093	S1	30/01/2020	INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	F	30/01/2020	PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	GOMEZ JULIAN CRISTINA	2019_0482	S1	30/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL MARIA ROSARIO	2018_0135	S2	22/01/2020	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	S1	30/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	30/01/2020	PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	F	28/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LANZUELA VALERO MANUELA	2019_0863	S1	30/01/2020	OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_0957	S1	31/01/2020	MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS	2018_0120	S2	30/01/2020	CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA ELENA MARIA
OCHOA ZARZUELA DIEGO
GOMEZ JULIAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al igual que en 2018, entre la última semana de febrero y las dos primeras de marzo, se establecieron reuniones por grupos de EAPs de AP del Sector, en donde además de compartir los resultados globales del ACG 2018, se marcaron las líneas del ACG 2019. Dado que en 2018, hasta 8 equipos adoptaron el Proyecto Asistencial de EPOC de la DAP, se aprovecharon los mencionados encuentros, para reforzar y seguir concienciando de la importancia de la estrategia, sustentado en los siguientes puntos:

1. Priorizar la actividad de deshabituación tabáquica, fomentando la consolidación y creación de Consultas Monográficas para tal fin, tanto por profesionales de medicina de familia como de enfermería.
 2. Favorecer la creación de Consultas Monográficas específicas para la realización de espirometrías, en los 21 centros de salud del Sector.
 3. Favorecer e impulsar la creación de Consultas Monográficas orientadas en la educación individual/grupal del paciente EPOC.
 4. Favorecer la inclusión de Proyectos Asistenciales en los ACG 2019 relacionados con la consolidación de la estrategia EPOC.
 4. Reforzar la necesidad de mejora de los principales indicadores relacionados con la EPOC, recogidos en el cuadro de mandos de acg, accesible y actualizado mensualmente para todos los equipos y profesionales.
- La mencionada estrategia de trabajo, se reforzó en la Comisiones Técnico Asistenciales de Mayo y Noviembre de 2019, con la presentación de la evolución de los resultados de los objetivos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En 2019, se mantuvieron como Proyectos de Seguimiento los 8 centros que adoptaron el año previo el Proyecto de EPOC de la DAP, a lo que se sumaron 4 Proyectos adicionales relacionados con la estrategia relacionados con los cuidados en EPOC, deshabituación tabáquica, y uno especialmente novedoso, en relación con la intervención sobre el tabaco sobre padres fumadores con hijos en edad pediátrica, en el Centro de Salud de Valdespartera.
2. A lo largo de 2019, se pusieron en marcha, un total de 8 Consultas Monográficas para deshabituación tabáquica, 5 más que en 2018.
3. A nivel de consultas específicas para la realización de espirometrías, de las 3 que constaban en 2018, se ha pasado a una cobertura total en todo el Sector.
4. Las consultas de educación grupal en torno al paciente EPOC, crecieron hasta un total de 5 (3 en 2018).
5. La prevalencia de EPOC, subió del 2,35 al 2,39, sin llegar al objetivo marcado de 3, pero manteniendo tendencia positiva desde 2017, donde no se llegaba al 2.
6. El porcentaje de pacientes fumadores a los que se ha realizado una intervención tabáquica ha ascendido del 54,58% al 56,95%, más cercano al objetivo mínimo del 60% estimado como horizonte.
7. El porcentaje de personas mayores o igual de 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco, también ha ascendido al 37,84%, pero aún lejos del objetivo mínimo del 50%.
8. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de síntomas en el último año llega a un 13,44%, sobre el 12, 88% previo.
9. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas, pasa de 8,53%, sobre un 6,19%.
10. El porcentaje de equipos de AP con espirómetro y circuito establecido ha sido del 100%, vinculado a la creación específica de una Consulta Monográfica.
11. Espirometrías realizadas fuera del centro de salud fuera del circuito establecido en el equipo, 0%.

Como fuente de datos se ha usado el Cuadro de Mandos del ACG del Sector e informaciones solicitadas a la Subdirección de Sistemas de Información del Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como observamos y comentamos el año pasado, la mejora de la consecución de indicadores en relación a la estrategia EPOC, es un proceso lento y que requiere en nuestra opinión constancia y reiteración en los mensajes, por lo que consideramos que merece la pena insistir y mantener el Proyecto, pues es además, un problema de salud totalmente accesible y asumible en las consultas de Atención Primaria, en nuestro día a día. Nuestros indicadores siguen al alza, pero sin llegar aún a los niveles mínimos de consecución.

Otro motivo que nos anima a mantener el Proyecto, es mantener la lucha activa y progresivamente mejor organizada, contra su principal desencadenante, el hábito del tabaco, para lo cual está ayudando la creación de consultas monográficas específicas, más teniendo en cuenta la reciente financiación de tratamientos para intentar dejar tan prevalente hábito, que hace un determinado grupo de pacientes, esté más receptivo a la hora de solicitar y aceptar ayuda, por los propios profesionales de su centro de salud.

Nos preocupa, que dado el impulso a las consultas monográficas para la realización de espirometrías en todo el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sector, fundamentales para refrendar la sospecha clínica, tengamos dificultades para la sustitución o compra de modelos obsoletos o irreparables.

Sigue quedando pendiente, como ya manifestamos el año pasado, el poder articular la forma de integrar las espirometrías realizadas en AP en HCE para favorecer la información de la ICV de ser precisa.

Pensamos igualmente, que debería renovarse a nivel institucional el impulso y actualización de la Estrategia EPOC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/76 ===== ***

Nº de registro: 0076

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

- RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.
 2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.
 3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.
 4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

- MÉTODO
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
 - Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
 - Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
 - Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES

- Porcentaje de EAP en los que se ha realizado difusión activa del Proyecto por parte DAP. Objetivo 100%.
- Intervención sobre tabaquismo. SERV 319. Objetivo: Superar el 60% como Sector. (Actualmente el 45,2%). Como mínimo que todos los equipos superen el 50%.
- Detección consumo de tabaco. SERV 319 C. Objetivo: 50%. (Actualmente el 38,9%).
- EPOC síntomas. 11,59% registrado en 2017. Objetivo: 20%.
- EPOC vías aéreas. 6,95% registrado en 2017. Objetivo: 10%.
- Razón Prevalencia EPOC. SERV 307. Objetivo: Superior a 3. (Actualmente 2,31).
- Porcentaje de EAP con espirómetro y circuito establecido. Objetivo 100%.
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Aumentar implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: 5 (Actualmente 3).

DURACIÓN

- 22 febrero-3 Marzo 2018: Difusión activa por DAP Proyecto.
- 1 abril 2018/15 mayo 2018: Actividades formativas
- Junio/Noviembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

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 - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA
GIL MOSTEO MARIA JOSE
ARENAZ CAJAL CARMEN
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA
ORIOI TORON PILAR ANGELES
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la realización del pertinente análisis AMFE a finales de enero de 2019 para establecer los objetivos prioritarios de mejora en la estrategia de diabetes de nuestro Sector (solicitud y registro de microalbuminuria y valoración y estratificación de riesgo de pie diabético), se procedió a crear un equipo de proceso del Sector, contando con profesionales de Medicina de Familia y Enfermería implicados con la estrategia. Dicho grupo se conformó en marzo de 2019, contando con 3 médicos y 3 enfermeras, que bajo las directrices de la Dirección Atención Primaria del Sector y uno de los responsables autonómicos de la estrategia, realizaron entre el 26 de marzo y el 22 de mayo de 2019, 18 visitas a los centros de salud urbanos del Sector (6 por pareja), con la intención de transmitir la importancia de los objetivos marcados, aprovechando los conocimientos, experiencia y cercanía de estos profesionales. Por otro lado, y de cara a minimizar los desplazamientos a la zona rural, y no interferir en la labor asistencial del grupo motor, la Subdirección Médica y de Enfermería, realizó la labor de difusión del Proyecto en Fuentes de Ebro, Campo de Belchite y Sástago. En cada uno de los centros visitados, se mostraba la presentación realizada por el responsable de estrategia de DGAS, de cara a incidir en la importancia del proyecto, con el fin último de disminuir el nivel de amputaciones, así como de la progresión de la insuficiencia renal crónica. Se mostraba el punto de partida a nivel de indicadores, de los centros visitados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como medida del impacto del Proyecto destacar los siguientes:

1. Incorporación del Proyecto Asistencial de la Dirección de AP dentro de sus propios Acuerdos de Gestión firmados en el mes de junio, por un total de 7 EAP: Seminario, Ruiseñores, San Pablo, Fernando El Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores y Rebohería.
2. Se aseguró la infraestructura básica para exploración del pie diabético, a nivel de monofilamentos.
3. Se abordó la modificación del petitorio analítico del perfil de diabetes, incluyendo específicamente la microalbuminuria.
4. Se mandaron cortes de evolución de indicadores en los meses de junio y octubre, a los centros que asumieron en sus ACG el Proyecto Asistencial.
5. Microalbuminuria: Según datos del Cuadro de Mandos de Diabetes, la evolución del indicador de revisión de microalbuminuria a 31 de diciembre de 2019 ha llegado a un 53,34%, 12 puntos por encima de la misma fecha en 2018. Objetivo planteado: Superar el 50%.
6. Pie diabético: Según la misma fuente, el registro de la exploración del pie diabético, ha pasado del 16,07% del 2018, al 25, 07% de 2019. Con respecto, a la valoración del riesgo, se ha evolucionado del 9,50% de hace un año, al 13, 84% del actual. Ambos indicadores han quedado por debajo, de las expectativas iniciales del Proyecto (48 y 25% respectivamente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no llegar a nivel de pie diabético a los estándares previstos, la sensación y la respuesta de los equipos ha sido muy satisfactoria en general. De alguna forma es esperable que para avanzar y consolidar cualquier línea estratégica, y más si es de la prevalencia y relevancia de la diabetes, haga falta mantener un Proyecto de estas características a medio plazo, entre 2 y 4 años al menos. Satisface ver, que cambios sencillos y accesible, como la modificación de un petitorio, puede arrojar en poco tiempo, mejoras de registro sustanciales como demuestra la evolución del indicador de la microalbuminuria. El equipo de mejora a nivel de Sector se afianza y potencia para este 2020, con la intención concreta de consolidar el Proyecto, y con la aspiración de involucrar a más EAP, y que lo adopten en sus ACG. Es un Proyecto que teniendo objetivos claros y un grupo humano que transmite con solvencia sus contenido, favorece que con gran sencillez sea replicado en cualquier Sector Sanitario. Para este 2020 se incidirá en el material necesario para la exploración del pie diabético, no sólo monofilamentos, si no con la intención de renovar/adquirir en la medida de lo posible los doppler precisos para una mejor y más precisa exploración.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

*** ===== Resumen del proyecto 2019/93 ===== ***

Nº de registro: 0093

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GIL MOSTEO MARIA JOSE, ARENAZ CAJAL CARMEN, SANGROS GONZALEZ JAVIER, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, ORIOL TORON PILAR ANGELES, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la creación y desarrollo del cuadro de mandos de diabetes, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando dos problemas mantenidos en el tiempo, en la cobertura de actividades de registro de la estrategia de Diabetes.

1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes se tiene una cobertura sensiblemente inferior(alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes (como por ejemplo GFR, LDL, o HBA1c en el último año), alcanzando una cobertura del 42%(por debajo de la media del Sector del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

2.La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético apenas llega al 20% en el primer indicador y no llega al 20% de los pacientes en el segundo, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones, y pone en riesgo la viabilidad de la estrategia de consultas en la Unidad de pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de atención primaria

RESULTADOS ESPERADOS
1.Incrementar la cobertura de exploración de microalbuminuria.
2.Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un equipo de proceso del Sector, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector.
- Valoración del rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente sus contenidos en la impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación
- Formación en Pie diabético: justificación de por qué debe explorarse y cómo se explora
- Asegurar la estructura básica de la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.
Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre 2018.
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.

Monitorización de los indicadores en el sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre) y reunión del grupo de proceso para su valoración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

DURACIÓN

- Enero/Febrero 2019. Constitución de equipo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018 se creó el grupo multidisciplinar con el Jefe de Servicio del hospital Miguel Servet, el Dr. Aragües, la coordinadora de los fisioterapeutas de AP del Sector II, Concepción Sanz Rubio y la Directora de Enfermería de AP, Flor Pascual. Dicha coordinadora junto con una de las fisioterapeutas de la Unidad de fisioterapia de Fuentes Norte, Elena Gaspar Calvo, trabajaron durante las tres semanas la revisión y actualización de los protocolos de Fisioterapia en AP. Se definió la cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica que corresponde a las fisioterapeutas de AP. Con el Jefe de Servicio de Rehabilitación se consensuaron los Protocolos de patologías más frecuentes que se asumen en AP: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y en último lugar rodilla y mano.

La Dirección de AP coordinó con el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la coordinadora de fisioterapeutas del Sector sesiones informativas-formativas en los EAP donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia en el Sector. A estas sesiones además de la fisioterapeuta de la Unidad donde se impartía la sesión acudió la coordinadora de fisioterapeutas, el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la Dirección de AP.

El 1 de agosto del 2018 se procedió a la contratación, dentro del Plan de AP, de 4 fisioterapeutas más en el Sector para las Unidades de Almozara, Torrero, Reboletera y Valdespartera. Para la decisión en la ubicación en estas Unidades se tuvo en cuenta las demoras y la disponibilidad de espacio físico para un nuevo fisioterapeuta. En 2019 hemos continuado con la impartición de sesiones informativas-formativas en los EAP tanto donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia como en el resto de EAP. Se han dado sesiones en San Pablo y Parque Roma, Fuentes Norte, Torre Ramona, San José Centro y San José Norte y Reboletera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los objetivos planteados al inicio del Proyecto en 2018 se ha conseguido la constitución del Grupo multidisciplinar.

Se ha determinado la cartera de Servicios de la patología osteomuscular de baja complejidad atendida en las Unidades de fisioterapia de AP.

A lo largo de los dos años se han difundido los Protocolos en los Equipos donde hay Unidades de fisioterapia que tienen como hospital de referencia el Miguel Servet y en 7 EAP.

A través de la base de datos que nos envía Asistencia Sanitaria podemos calcular el impacto del Proyecto. El número de derivaciones a todas las Unidades de Locomotor y Rehabilitación (trauma, reuma, rehabilitación y UME) ha disminuido un 7%.

Sin embargo, en 2018 el impacto en la disminución de las demoras para el primer día en las Unidades en las que se doto de un fisioterapeuta más, solo bajo en la mitad de ellas, es decir, en dos Unidades de las 4 en las que se puso el recurso.

En 2019 en la Unidad de Fisioterapia de Almozara las demoras para primer día son prácticamente iguales que en 2018. Comparando estas demoras por años pasamos de 82 días en diciembre de 2018 a 88 en diciembre en 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde de 70 a 61 días.

En la Unidad de fisioterapia de Reboletera las demoras para el primer día han aumentado con respecto a 2018. De 51 días en 2018 pasamos a 68 para el turno de mañana y de 73 a 110 en el turno de tarde.

En la unidad de Fisioterapia de Torrero La Paz las demoras para el primer día son prácticamente las mismas que en 2018. En 2018 teníamos 16 días y mantenemos estos mismos días a 31 de diciembre de 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde se mantiene a 50 días.

En la unidad de Fisioterapia de Valdespartera se han incrementado considerablemente los días de demora de un año a otro pasando de 60 días en 2018 a 101 días en 2019 para el turno de mañana y de 59 a 91 en el turno de tarde.

En el resto de las Unidades de Fisioterapia del Sector, donde no ha habido aumento de Recursos Humanos, las demoras han disminuido en 2019 con respecto a 2018, salvo en la unidad de San Pablo que ha aumentado de forma considerable tanto en el turno de mañana como en el de tarde.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación del grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión, actualización, consenso con el Servicio de Rehabilitación, así como la difusión por parte de las fisioterapeutas del Sector e implicación de la Dirección ha servido para disminuir las demoras a las Unidades del aparato locomotor y rehabilitación. También ha servido para mejorar la comunicación entre los profesionales de AP y el Servicio de Rehabilitación del hospital Miguel Servet. En consecuencia, este hecho, ha mejorado la continuidad de cuidados de los pacientes en nuestro Sector. Con los datos obtenidos en la evaluación de las demoras podemos concluir que estas prácticamente no han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

mejorado en ninguna de las 4 unidades de fisioterapia donde se ha puesto un fisioterapeuta más. Concluimos que aumentar la plantilla de profesionales no va asociado a una disminución de las demoras. En este caso el aumento de Recursos Humanos ha aumentado la demanda tanto por parte de los pacientes como por los profesionales encontrándonos de nuevo, en este aspecto, en el punto de partida. Ha queda pendiente la reunión con el Jefe de Servicio del Hospital General de la Defensa para coordinar las derivaciones ente la Unidad de Fisioterapia de Seminario y Valdespartera, así como la impartición de las sesiones correspondientes a los profesionales de los Equipos que tienen como referencia el HGD (Casablanca, Seminario y Valdespartera)

7. OBSERVACIONES.

El hecho de que los EAP de Casablanca, Seminario y Valdespartera tengan como referencia al Hospital General de la Defensa ha condicionado la implantación de este Proyecto en estos EAP dilatándose en el tiempo. Por lo que ha quedado pendiente para 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/84 ===== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.
2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.
3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.
4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.
5. Establecer a continuación los criterios de derivación.
6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

INDICADORES

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.
- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.
- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.
- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN

- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018
- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018
- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018
- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018
- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

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 - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA GOMEZ JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
AZNAR CARBONEL ANGEL
ALONSO SANCHEZ MARTA
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 se puso en marcha en el Sector II el abordaje a la cronicidad a través del Programa del Paciente Crónico Complejo dentro de la Estrategia del Departamento de Sanidad de la Cronicidad.

A fin de impulsar este nuevo Programa en la Dirección de AP nos planteamos la realización de este Proyecto ligado al acuerdo de Gestión 2019: "Estrategia de Desarrollo del Programa del Paciente Crónico Complejo en el Sector II". Otros 6 EAPs del Sector (Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores, Seminario, San Pablo y Sastago) se adhieren a este Proyecto incluyéndolo en sus respectivos Acuerdos de Gestión.

Dentro de las actividades formativas para la puesta en marcha de este Proyecto la Dirección de AP organizó una formación a nivel de Sector dentro del Plan de Formación de AP de 2019 con fondos Salud de 7 horas de duración abierta a todos los profesionales sanitarios de AP interesados. Se formaron 34 profesionales; a los nuevos referentes del PCC, en aquellos Centros que se habían producido cambios por traslados; médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los 21 EAP. Como docentes contamos con los referentes del Programa en el Sector a nivel de medicina y enfermería; los referentes de la UCC del Hospital Miguel Servet, Farmacia de AP y Trabajo Social de AP.

Por parte de la Dirección, en 2018 se realizaron sesiones formativas en todos los EAP del Sector. A lo largo del 2019 se organizaron 11 sesiones informativas-formativas sobre el citado Programa del PCC en los Centros que o bien lo solicitaron o desde la Dirección así se consideró. Estos Centros fueron: Casablanca, Campo de Belchite, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, San José Centro, San José Sur, Torre Ramona, Valdespartera y Venecia. A fin de coordinar las rutas asistenciales de los EAP con las diferentes UCC y garantizar la continuidad de cuidados se han realizado reuniones periódicas con de los tres hospitales de referencia del Sector tanto con las Direcciones Asistenciales como con los profesionales asistenciales de las UCC. Estas reuniones han sido: 7 reuniones con el Miguel Servet, 4 Hospital General de la Defensa y 5 con el Hospital San Juan de Dios.

También desde la Dirección se han coordinado reuniones entre los profesionales de las UCC en los Centros de salud con los profesionales del Equipo. Así los profesionales de la UCC del HGD se han trasladado a sus Centros que su UCC depende de este hospital: Casablanca, Seminario y Valdespartera y el Hospital San Juan de Dios a los suyos: en San José Sur, Torrero y Venecia.

A fin de valorar la evolución del Programa, desde la Dirección de AP se han realizado revisiones del Programa a través de los cortes que envía Dirección de Asistencia Sanitaria.

La experiencia piloto de mayo de 2018 a mayo de 2019, en Almozara con una enfermera dedicada en exclusividad a coordinar el Programa del PCC y en San Pablo otra enfermera, en este caso, asumiendo un cupo médico y haciendo las funciones de coordinadora del Programa en el Centro fue muy positiva como demuestran los resultados obtenidos (a fecha 31 de diciembre, San Pablo con un 23% y Almozara con un 14% de PCC incluidos en Programa. En Planes de Intervención un 71,83% en Almozara y un 94,93% en San Pablo) muy por encima de la media del Sector 44,66% y de Aragón 50,68% en lo referente a Planes de Intervención.

Es por ello, que en noviembre de 2019 la Dirección de AP plantea poner una enfermera en el Centro de Salud de Sagasta para coordinar este Programa. Se elige Sagasta porque es el Centro más grande del Sector con dos EAP, Ruiseñores y Miraflores. Contamos con la disponibilidad de una enfermera que conoce el Centro, los profesionales y está formada y cualificada para llevar a cabo este Proyecto. Primero ha comenzado asumiendo la coordinación de los PCC de Ruiseñores para pasar más tarde a asumir la coordinación del Miraflores.

Teniendo como finalidad la evolución del Programa y el establecimiento de medidas correctoras la dirección ha consensuado con los responsables de las UCC de los tres hospitales de referencia el envío por parte de las UCC a la dirección de AP un informe de las atenciones de la Unidad tanto de ingresos, como de consultas presenciales, telefónicas de medicina y de enfermería, así como de interconsultas. La UCC del Servet las envía semanalmente, la UCC del Militar trimestralmente y la UCC de San Juan de Dios semestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La base de datos que hemos utilizado para la evaluación de este Proyecto es la facilitada por la Dirección de Asistencia Sanitaria en los cortes de junio, septiembre y diciembre de 2019.

Cuando al inicio de 2019 en la Dirección de AP nos planteamos este Proyecto elaboramos unos indicadores con relación a los que desde Asistencia Sanitaria se enviaban en 2018.

Los indicadores con los que contamos en 2019 son solamente los referidos a los PCC con un GMA > 97 por lo que los indicadores del Proyecto 1, 2 y 3 nos vemos en la obligación de fusionarlos en uno solo.

Los indicadores 5 y 6 tampoco se pueden evaluar por no disponer de datos, por lo tanto, vamos a evaluar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

únicamente en este Proyecto los PCC incluidos en Programa y los Planes de Intervención. A fecha 31 de diciembre de 2018 en el Sector II teníamos incluidos 792 paciente Crónicos Complejos. En los diferentes cortes de 2019 se ha ido produciendo un ligero aumento en la inclusión de PCC. En junio de 2019 el porcentaje de inclusiones es de un 7,89% de PCC a fecha de septiembre es de 12,46 para cerrar el año a 31 de diciembre con un 14,67% con un total de 1236 pacientes incluidos. Cifra que multiplica por dos los resultados obtenidos a fecha 31 de diciembre de 2018. La distribución por EAP es muy diferente de 138 pacientes en San Pablo y 71 de Almozara, siendo estos Equipos los primeros del Sector, 134 en torrero, 99 en Puerta del Carmen y San José Sur a 12 en Casablanca siendo este equipo el que menos inclusiones del sector tiene. El segundo indicador a evaluar es el Plan de intervención. Partimos en enero de 2019 con 49 % y a lo largo del primer semestre hemos disminuido este porcentaje a 47,01%; en septiembre estábamos en un 44,38 % para finalizar con un ligero repunte, respecto al corte de junio, en un 44,66%. Estando a menos de un 5% por debajo de la media de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Analizando los datos vemos que el Programa del PCC avanza lentamente. Son más los profesionales que van incluyendo PCC en el Programa, pero estas inclusiones no siempre van acompañadas de su correspondiente Plan de Intervención, como lo demuestran los indicadores que lo evalúan. El Equipo de mejora de este Proyecto consideramos que las actividades realizadas son adecuadas para la consecución de los objetivos planteados, sin embargo, no parecen suficientes en relación a los resultados obtenidos. Es por ello, que a la vista de los resultados alcanzados en Almozara y San Pablo, de los que ya nos hemos referido en el apartado anterior, se ha puesto una enfermera en Sagasta a fin de coordinar a los profesionales con la UCC del Hospital Miguel Servet, apoyar al programa y la continuidad de cuidados de estos pacientes. La predisposición de la Dirección del Hospital Miguel Servet, así como de los profesionales de la UCC, para abrir las puertas de la UCC a los profesionales de AP a dicha Unidad y salir a los EAP para la realización de sesiones clínicas de PCC nos parece puede ser de utilidad en la comunicación entre los profesionales de AP y la UCC. Es por ello que este Proyecto de Dirección va a ser de continuidad en 2020 y se podrán adherir a él más EAP.

7. OBSERVACIONES.

Sería muy interesante que se pudiesen evaluar los indicadores 5 y 6 porque la identificación de la enfermera es fundamental tanto para el paciente como para los profesionales de AP y la UCC. Es en la enfermera en quien pilota el Programa. La identificación del cuidador principal es también muy importante, sobre todo la del cuidador principal que puede tomar decisiones del PCC cuando este no está capacitado para hacerlo. Tanto la enfermera como el cuidador principal identificados son indicadores de garantizan la comunicación y continuidad de cuidados de los PCC. Como dificultades en la puesta en marcha de este Programa del PCC en el Sector II ha sido que contemos con tres Unidades de pacientes Crónicos Complejos. Ubicadas en tres hospitales diferentes y que su puesta en marcha no ha sido simultánea e incluso la especialidad de los profesionales responsables de estas Unidades sea diferente. Medicina Interna en el hospital Miguel Servet, geriatría en el HGD y en el hospital San Juan de Dios tanto medicina de interna como geriatría. A día de hoy esta situación está asumida más por los profesionales del Sector que por los pacientes, estos presentan alguna reticencia inicial a acudir a otra UCC diferente del Servet. Aunque una vez que contactan con las UCC del HGD o de San Juan de Dios la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes y cuidadores es muy alta.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/482 ===== ***

Nº de registro: 0482

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
GOMEZ JULIAN CRISTINA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, AZNAR CARBONELL ANGEL, ALONSO SANCHEZ MARTA, PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, LAIN MIRANDA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Abordaje a la Cronicidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las Estrategias prioritarias en la actualidad en nuestra comunicad autónoma ha sido el Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo (PCC). El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa. Comenzó su implementación en el mes de marzo en los equipos de Atención Primaria del Sector II, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 Unidades de Continuidad de Cuidados (UCC) específicas para estos pacientes: en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019). La diferente evolución en la creación y operatividad de estas unidades, ha supuesto un lento y dispar desarrollo en nuestro Sector de tan ambicioso Programa, con datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, que no supera el 50%, y niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incrementar inclusión pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
2. Incrementar la elaboración de Planes de Intervención en los pacientes incluidos en el programa del PCC.
3. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
4. Elaborar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO

1. Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
2. Formación en los EAP del Sector para los profesionales del Equipo.
3. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada EAP en relación a su UCC de referencia
4. Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
5. Evaluación y valoración de la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector II, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización. Feed-back semanal a esta Dirección de Atención Primaria de la actividad realizada en cada Unidad PCC

INDICADORES

1. %PCC p>99 (GMA) incluidos / PCC p>99 (GMA). Estándar: 25-30% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
2. % pacientes con planes de Intervención/Total PCC incluidos en Programa. Estándar: 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
3. % PCC p97-99 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
4. % PCC p < 97 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
5. % PCC con enfermería identificada. Estándar: 80-90%.
6. % PCC con familiares-cuidadores identificados. Estándar:80-90%.

DURACIÓN

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Revisión trimestral de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERGUA MARTINEZ CLARA
LAPERAL MUR JOSE RAMON
FUERTES FERRE GEORGINA
LASALA ALASTRUEY MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el año 2019 se han llevado a cabo 10 reuniones del GRUPO MULTIDISCIPLINAR (25/01, 28/02, 28/03, 2/05, 05/06, 24/07, 19/09, 24/10, 21/11 y 18/12), integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet (HUMS), así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio. Sumadas a las 10 reuniones realizadas durante el año 2018, son 20 las reuniones realizadas por el grupo desde su creación el 16 de abril de 2018.

De todas las reuniones se ha levantado un acta donde se recogen todos los aspectos/consensos tratados/acordados por el grupo que, posteriormente, se ha enviado a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.

A parte de los integrantes del grupo, diferentes profesionales sanitarios han sido invitados a participar en las sesiones con el objeto de mejorar la toma de decisiones:

- Dr. José María Turon (Coordinador de calidad del Sector Alcañiz), quien nos presentó el proceso que ha elaborado de Insuficiencia cardiaca en Atención Primaria, pendiente de ser aprobado por el SALUD (11ª reunión - 25/01/2019)
- Dras María Lasala y Ana Marcen, cardiólogas del HUMS, como responsables de la consulta de diagnóstico rápido y del proyecto de mejora de la U. de insuficiencia cardiaca en el HUMS (12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra. Marisa Sanz y Dña Pilar Gil (enfermera adscrita a la Unidad de IC) como responsables de la Unidad de IC del HUMS (13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra Pilar Figueras (Jefe de Servicio de Medicina Interna del HUMS) y Dr. Alfonso García (Responsable de la U. de crónico complejo del HUMS)- (15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra. Beatriz Ordoñez (Presidenta de la Sociedad Aragonesa de Cardiología) - (15ª reunión).

2. Durante el año 2019 se han realizado 84 sesiones clínicas presenciales en los 18 centros de salud (CS) del sector sanitario Zaragoza II (3 de los cuales en el área rural) a cargo del cardiólogo responsable:

1. CS ALMOZARA - Dra Ortas - 7 sesiones presenciales (13/02, 13/03, 10/04, 08/05, 12/06, 18/09, 27/11)
2. CS CAMPO DE BELCHITE - Dr. Laperal - 1 sesión presencial (10/12/18) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) (22/01)
3. CS FERNANDO EL CATÓLICO - Dra. Bergua - 5 sesiones presenciales (19/03, 30/04, 13/06, 15/10, 19/11)
4. CS FUENTES DE EBRO - Dr. Brun - - 1 sesión presencial (07/5) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 11/06
5. CS- FUENTES NORTE - Dr. Cordón y actualmente Dr. Brun - 7 sesiones presenciales (27/03, abril, 29/05, 2/07, 18/09, 23/10, 18/12)
6. CS PARQUE ROMA - Dr. San Pedro - Interrumpidas por problemas internos del centro. En marcha su reanudación.
7. CS PUERTA DEL CARMEN - Dr. San Pedro - 4 sesiones presenciales (19/09, 23/10, 21/11, 18/12)
8. CS REBOLERÍA - Dra. Bergua - 6 sesiones presenciales (16/01, 20/02, 23/05, 12/06, 06/11, 12/12,)
9. CS SAN PABLO - Dr. Chopo - 6 sesiones presenciales (7/02, 28/03, 02/05, 04/07, 07/11, 19/12)
10. CS. SÁSTAGO - Dr. Laperal - 1 sesión presencial (18/03) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 24/06
11. CS. TORRERRAMONA - Dr. Díaz y actualmente Dr. Brun - 1 sesión el 21/01/20
12. CS. TORRERO-LA PAZ - Dra Aured y actualmente Dra. Lasala -4 sesiones presenciales (17/01, 23/05, 19/06, 18/12)
13. CS. MIRAFLORES - Dr. Brun: 1 sesión presencial (13/05)
14. CS. RUISEÑORES - Dr. Chopo - 5 sesiones presenciales (13/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
15. CS SAN JOSÉ CENTRO - Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
16. CS. SAN JOSÉ NORTE - Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
17. CS SAN JOSE SUR- Dr. Castillo y actualmente Dr. Chopo - 7 sesiones presenciales (19/02/30/04/13/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
18. CS VENEZIA - Dra. Bergua - 9 sesiones presenciales (17/01, 12/02, 26/03, 30/04, 21/05, 18/06, 22/10, 27/11, 17/12)

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de SKYPE, ya que el programa de Spontania dificulta la comunicación en estos centros fuera del área urbana.

3. A través de la interconsulta virtual se ha iniciado la solicitud de una determinada prueba (holter de 24 horas) en pacientes muy seleccionados, sin necesidad de una consulta presencial y con tiempos de respuesta más cortos. Este nuevo formato se ha puesto en marcha en el CS de Almozara, con bastante buena acogida por parte de los médicos de AP. En las próximas semanas se decidirá su extensión a otros CS.

4. El día 21 de noviembre tuvo lugar la 1ª reunión intrasectorial AP-AE cardiológica del sector sanitario Zaragoza II, en salón de actos del H. Infantil del HUMS. Sesión acreditada por la Formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón, a la que acudieron más de 100 profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales y diferentes estamentos: enfermería, médicos, fisioterapeutas, etc.. con un programa dividido en dos mesas de debate: Rehabilitación cardiaca y Cardio-Oncología, cada una de las cuales contó con la presencia de un paciente experto.

5. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Hemodinámica para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica. Coordinadora: Supervisora Dña Paula Alba
2. Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco. Coordinadora: Dra. Georgina Fuertes
3. Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural. Coordinadora: Dra. Cruz Ferrer

6. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Arritmias y Electrofisiología para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos. Coordinador: Dra. Rodrigo Gallardo
2. Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica. Coordinadora: Dra. Naiara Calvo.
3. Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias. Coordinadora: Dra. Teresa Oloriz.

7. A lo largo de este año se han llevado a cabo en el servicio se han llevado varios proyectos asistenciales, recogidos en el ACUERDO DE GESTIÓN del servicio, algunos de los cuales relacionados con este proyecto:

1. Proyecto de CHECK-LIST en el que en su 2º año, se han revisado la presencia de buzones y citaciones pendientes de consulta en los centros médicos de especialidades, en el 100% de todos los ingresos. Se han anulado todos aquellos que se consideraban innecesarios o redundantes. El paciente ha sido informado mediante el envío de una carta personalizada por parte de la jefatura del servicio explicando los motivos de su anulación.

2. Proyecto de DERIVACIÓN AP-AE cardiológica donde se ha protocolizado la actuación conjunta en determinados procesos asistenciales:

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia

3. Proyecto de DIGITALIZACIÓN DEL ECG en la HCE en toda el área cardiológica. Este año con el foco puesto en la digitalización del área cardiológica intrahospitalaria y hospital de día.

8. Dentro del grupo de AP-AE cardiológica se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria. Actualmente se está trabajando en la creación de un informe de continuidad de cuidados de enfermería tras una hospitalización de un paciente en la planta de cardiología, que estará integrado en la HCE de cada paciente junto al informe médico. Junto a ello, se está estudiando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales que permita la continuidad de los cuidados de estos pacientes, antes incluso de que ellos mismos la soliciten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Mantenimiento reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AEc. Reuniones mensuales
 - 10 reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico durante el año 2019. 20 en total desde su inicio en abril de 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

- 2.- Realización de una sesión formativa sectorial multidisciplinar acreditada
- Realizada el 21 de noviembre de 2019. Acreditada por la Formación continuada de profesiones sanitarias de Aragón. Duración 5 horas.
- 3.- Porcentaje de interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =96 horas (estándar = 50%)
- De todas las interconsultas virtuales solicitadas desde AP de lunes a viernes, el 80.4 % se contestaron en un tiempo menor o igual a 96 horas (U. de gestión del HUMS)
- 4.- Porcentaje de interconsultas resueltas de forma no presencial (Estándar = 22%)
- El 33.5% de las interconsultas de AP fueron resueltas de forma no presencial (U. de gestión del HUMS)
- 5.- Porcentaje de consultas externas presenciales con implantación de HCE y evolución clínica en la plataforma de HCE (Estándar = 60%)
- El 95% de las consultas externas del servicio de cardiología tienen implantado el uso de la HCE como herramienta habitual. El servicio de cardiología es uno de los servicios médicos con más entradas en HCE en general (Dirección Médica HUMS)
- 6.- Revisión y elaboración de protocolo de derivación a consultas monográficas intraservicio (Insuficiencia cardiaca y Congénitas del adulto) - (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se ha elaborado un protocolo de derivación intraservicio a la Unidad de Insuficiencia cardiaca. Actualmente en vías de su extensión mediante la creación de circuitos bidireccionales con el S. de Medicina interna y la U. de crónico complejo.
 - Está pendiente la elaboración de un protocolo para la derivación intraservicio a la U. de congénitas del adulto.
- 7.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación estudios electrofisiológicos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de arritmias, electrofisiología y electroestimulación
 - Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos.
 - Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica.
 - Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias.
- 8.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación cateterismos cardiacos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de hemodinámica y cardiología intervencionista
 - Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica.
 - Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco.
 - Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural.
- 9.- Definición de un modelo de consulta de enfermería en los CS para el seguimiento de pacientes con enfermedad cardiovascular (Grupo multidisciplinar AP-AE cardiológica con participación de las Subdirecciones Médicas médica y enfermería)
- Se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, dentro del grupo de AP-AE cardiológica, con al menos tres reuniones durante este año. Se está analizando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales.
- 10.- Porcentaje de ecocardiograma transtorácicos ambulatorio realizado en <30 días desde su petición (Estándar = 32%) (U. de gestión del HUMS)
- El 80.4% (504 ecocardiogramas) de todos los ecocardiogramas solicitados y realizados en la U. de pruebas funcionales se han hecho en un tiempo menor o igual a 30 días
- 11.- Porcentaje de consultas 1er día PREFERENTES presenciales derivadas desde AP por patología cardiaca y resueltas en =30 días (Estándar = 60%) (U. de gestión del HUMS)
- El 77% (396 consultas) de las consultas de 1er día solicitadas con carácter preferente solicitadas al CME S. José fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 30 días
 - Esta evaluación no se puede realizar en el CME de Ramón y Cajal puesto que no se recoge de forma habitual, según información de la Dirección de Gestión del HUMS.
- 12.- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (Estándar = 80%) (U. de gestión del HUMS)
- El 86.8% (383 consultas) de las consultas presenciales derivadas desde la ICV a la Unidad de Diagnóstico rápido de cardiología fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 15 días.
- 13.- Número de pacientes con implante actual de marcapasos al que se le entrega home-monitoring en la consulta de MCP. Control sin cita (Estándar = 30%) - (control interaservicio y proyecto incluido en el acuerdo de gestión)
- El proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos y su duplicidad, con la creación de una consulta propia a cargo exclusivamente del personal de enfermería (paralela a la consulta médica por parte de un electrofisiólogo) ha supuesto mucho tiempo y esfuerzo, así como formación de dicho personal que no ha permitido otro tipo de formación simultánea ni la estandarización del proceso del home monitoring en nuestro medio. Motivo por el que no se alcanzado este objetivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

- Actualmente está en marcha la creación de una agenda no presencial en el HIS para poner en marcha esta actividad, así como la formación específica del personal de enfermería (incluso con estancias fuera del hospital). Todo ello necesario para la puesta en marcha de la monitorización remota de calidad.
- Por otra parte, se está diseñando un modelo de monitorización remota que podría implantarse en la consulta de enfermería de cada uno de los 18 centros de salud y permitiría la incorporación de pacientes portadores de marcapasos que actualmente no disponen de este dispositivo en su domicilio, al control telemático.

14.- Porcentaje de altas en el S. de Cirugía Cardíaca del HUMS, tras cirugía cardíaca mayor, con cita en consulta de cardiología en la toda la comunidad aragonesa (Estándar = 60%) (Control intraservicio)

- El 100% de todos los informes de alta dados de pacientes provenientes del servicio de cirugía cardíaca tras una cirugía cardíaca mayor durante el año 2019 que, por diversas circunstancias, no han entrado en el programa de Rehabilitación Cardíaca del HUMS, se han enviado a sus respectivos servicios de cardiología en su área sanitaria por medio del servicio de cardiología del HUMS, que ha hecho de intermediario.
- En la evaluación posterior, más del 80% tenían una cita en HCE o habían sido vistos a los 60 días y el resto se encontraba en buzón pendiente de citación.

15. Porcentaje de revisión de citas/buzones pendientes al alta hospitalaria (Estandar = 80%) (Control intraservicio e incluido en el Acuerdo de Gestión)

- Se ha revisado el 100% de la HCE de los pacientes dados de alta en el servicio durante el año 2019, con el propósito de detectar citas y buzones pendientes en consultas externas de cardiología, redundantes y susceptibles de ser anulados. Los resultados son:
 - o 396 citas detectadas, de las cuales se han anulado 48 (12%)
 - o 311 buzones pendientes de citación, de los cuales se han anulado 231 (74%)
 - o 279 (citas y/o buzones) anulados por ser considerados redundantes e innecesarios.

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance en general optimista del de los objetivos planteados en el proyecto, aunque no sea de forma completa. La previsión es su consecución durante el primer trimestre del año. Resultados que, por otra parte, nos han permitido conseguir la acreditación SEC-EXCELENTE en ATENCIÓN PRIMARIA según el programa de calidad de la Sociedad Española de Cardiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo AP-AE cardiológico multidisciplinar sigue siendo un foro muy importante para la creación de protocolos locales de aquellos procesos asistenciales prevalentes y decisivos en la patología cardiovascular de nuestro sector.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS por parte del cardiólogo responsable, siguen permitiendo mejorar claramente la relación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, aunque su frecuentación es algo dispar por lo que habrá que evaluar la situación centro por centro. La mejoría en la resolución de la interconsulta virtual es también uno de sus beneficios. Hemos tenido problemas en la comunicación con los centros de salud del área rural que esperamos resolver con la introducción de otro sistema de comunicación diferente. Problemas de índole organizativa también han dificultado las sesiones en algún otro centro de salud, en vías de resolución.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio de cardiología, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Existen procesos asistenciales diagnóstico/terapéuticos intraservicio pendientes de ser abordados para su protocolización en los próximos meses. El propósito de todos ellos es dar una papel relevante y necesario al personal de enfermería, en muchas ocasiones de forma autónoma lo cual requiere formación de calidad y tiempo, que en ocasiones se infraestima.

Todas estas actividades realizadas y objetivos conseguidos siguen proporcionando una mejoría constante de la mayoría de los indicadores de gestión del servicio que en definitiva, persiguen la mejor atención posible a nuestros pacientes, sustentada en una excelente relación entre los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

7. OBSERVACIONES.

La información y el conocimiento sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población general/pacientes del sector II ha mejorado durante este año y sigue considerándose clave para su seguimiento. Es importante seguir en este camino para que la población general entienda el papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante una respuesta rápida y, en muchas ocasiones resolutoria, a través de la interconsulta virtual y con las sesiones conjuntas presenciales en cada uno de los 18 CS de nuestro sector

*** ===== Resumen del proyecto 2018/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, ANTONANZAS LOMBARTE TERESA, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.

El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.

Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Fundamental:

Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.

Específicos:

- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
- Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
- Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
- Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
- Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

MÉTODO

Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.

Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.

Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.

Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.

Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.

Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.

Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.

Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.

Definición de modelo de consulta de enfermería.

INDICADORES

Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Interconsultas resueltas de forma no presencial	=20%		
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días		=60%	
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor			=60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días		=80%	
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días			=80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición			
=30%			
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada			=50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta			=60%

DURACIÓN

Primer semestre:

Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.

Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.

Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.

Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.

Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Elaboración de Checklist.

Informatizar lista de espera HD y EFL.

Segundo semestre:

Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.

Aplicación de Checklist.

Definición consulta Enfermería.

Difusión a profesionales de AP-AE.

Implantación de los protocolos realizados.

Evaluación continua.

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 - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y actualizado la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.

Se han actualizado dos protocolos "Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI".

Se ha trabajado en la mejora de los tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico.

Se han mantenido reuniones con los Servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Traumatología y Unidad del Dolor. También se han revisado los tiempos quirúrgicos con objeto de programar en función de los mismos.

Se ha trabajado en disminuir las suspensiones quirúrgicas con causas evitables, y se está modificando la Hoja de recogida de causas de suspensión. Esto ha supuesto mejorar el conocimiento de las causas de suspensión, fundamentalmente las de mala preparación y las de no asistencia del paciente.

Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados no se ha podido realizar este año, por lo que se propone continuar durante el año 2020 con este objetivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso: 100%.

Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados: 100% de los propuestos("Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI").

Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56,7%.

Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:

- . Artroscopia de rodilla: 6%%.
- . Hallux valgus :50%.
- . Hernioplastia inguinal :59%.
- . Fisurectomía anal: 75% y hemorroidectomía 28%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejor utilización de los medios materiales puestos a disposición por un sistema público de salud es una de las razones que justifican nuestro proyecto de optimización de la Unidad de Cirugía sin ingreso de nuestro Hospital. La reducción de los gastos derivados de la estancia hospitalaria y una reintegración laboral más rápida del paciente operado son razones fundamentales para potenciar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva y los programas de cirugía ambulatoria (CA) y de corta estancia, en búsqueda de una mayor eficiencia de los servicios quirúrgicos.

Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad asistencial del paciente. En este contexto los adelantos tecnológicos han sido muy importantes, pero es fundamental también que la asistencia sea mucho más personalizada a la vez que se mejora la gestión del hospital, se liberan camas y se reducen costes económicos.

Hay que destacar también la multidisciplinariedad entre los diferentes servicios del hospital que participan en estos programas y la necesidad de concienciación para que todo el mundo esté motivado.

Por ello, se propone la continuidad del Proyecto con objeto de desarrollar un Plan de optimización y concienciación para potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro Hospital.

También seguir con alguno de los objetivos pendientes como actualizar nuevos procedimientos de la Cartera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Servicios de Cirugía Vasculuar, Cirugía General y Unidad del Dolor.

Y potenciar la utilización de la Unidad para Artroscopias, para realizar Hallux valgus, comenzar a hacer Ligamentos cruzados y las artroscopias de hombro.

También potencian la inclusión en la Cartera de servicios de la Unidad de procedimientos de Cirugía general como la cirugía proctologica y de ORL como la microcirugía de laringe.

7. OBSERVACIONES.

Durante el año 2019 no se ha podido trabajar en horario de tarde por la suspensión de la actividad quirúrgica por falta de anestesiólogos. Esta circunstancia también ha repercutido en la actividad de mañana con lo que la consecución de los objetivos del proyecto se ha visto muy condicionada. Fundamentalmente, en el caso de los hallux valgus, fisurectomías y hemorroidectomías.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título
ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LAHUERTA LORENTE LOURDES, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Cirugía sin Ingreso es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica con una cartera de servicios que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.
Se deben de seleccionar los procedimientos de la cartera de Servicios de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, (UCSI), se incluyen clásicamente los integrados en los niveles II y III de la Clasificación de Davis y es importante revisarla periódicamente en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica.
Es precisa la actualización de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos, con el fin de optimizar los recursos y evitar ingresos.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos principales del proyecto son:
- Revisar los procedimientos que realizan los Servicios quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin ingreso, de forma que se puedan incluir más procedimientos que son candidatos a este tipo de cirugía y retirar de la cartera de servicios aquellos que puedan realizarse en otro tipo de recurso como consulta o sala blanca.
- Revisar tiempos quirúrgicos y programaciones para mejorar los rendimientos quirúrgicos.
- Revisar las suspensiones quirúrgicas, para descubrir si existe alguna causa evitable de las mismas.

MÉTODO

-. Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.
-. Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
-. Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
-. Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados.
-. Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

de suspensión y difusión del mismo.

INDICADORES

- Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso (Nº de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso/ Nº Servicios que realizan procedimientos de cirugía sin ingreso). Estándar: 100%.
- Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). Estándar: 50%
- Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 60%
- Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
 - Artroscopia de rodilla. Estándar 10%
 - Hallux valgus. Estándar: 20%
 - Hernioplastia inguinal. Estándar 50%
 - Fisurectomía anal y hemorroidectomía. Estándar 60%
- Revisión mensual de las causas de suspensión quirúrgica y análisis de las mismas(Nº de revisiones mensuales/12) Estándar 100%

DURACIÓN

Duración prevista es de 12 meses:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Cartera de servicios	X	X	X	X	X	X	X					
Guías, vías y protocolos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Rendimiento quirúrgico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Índice de sustitución							X	X	X	X	X	X

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 - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON
CARMEN GARCES ESTHER
ACHA PEREZ JAVIER
NOYA CASTRO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Valoración estado nutricional. (Enfermeras Unidad de Nutrición)

Detección de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE Y AP en la unidad de cirugía (DRE) o en riesgo de desarrollarla en cirugía

2. Abordaje terapéutico y de cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad. (Endocrinos + Enfermeras Unidad de Nutrición)

3. Garantizar la continuidad de cuidados en aquellos pacientes que lo requieran (Enfermeras Unidad de Nutrición)

Para la realización de estas actividades, se realizó una revisión del proceso de nutrición clínica del sector ZII. Se llevó a cabo la implantación del cribado nutricional y valoración nutricional. Se definieron los criterios del abordaje terapéutico en los cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AP y AE. Para el control, seguimiento y cuidados de pacientes con soporte dietético y nutricional se elaboró el documento: Programa de Aprendizaje de Nutrición Artificial Domiciliaria (PANA) y se ha realizado un pilotaje de la reevaluación nutricional por parte de un Centro de Salud del Sector.

Durante este año, se han realizado las acciones arrastradas del año 2018 en el que se inicia el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de pacientes en cirugía, en programa, a los que se realiza la valoración nutricional: 100%

Total, pacientes incluidos en programa.....362 pacientes

Total, pacientes incluidos en programa con valoración nutricional362 pacientes

2. Porcentaje de pacientes de cirugía con nutrición enteral de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 100%

Total, pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración: 15

Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 15

3. Porcentaje de pacientes de cirugía incluidos en proyecto con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa de aprendizaje PANA: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración: 1

Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 1

4. Porcentaje de pacientes con nutrición artificial que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria. 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que realizan el programa de aprendizaje: 16

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria: 16

5. Porcentaje de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración con informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 16

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración con ICCE al alta: 16

6. N° de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino en los que contactamos telefónicamente con Atención primaria: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 9

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria en los que se contacta telefónicamente con Atención primaria: 9

7. n° de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 100%

Total, de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 2

8. Está definido el contenido de la consulta de nutrición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Estos datos se han recogido de los registros de la Unidad de Nutrición, creados a tal efecto. El dato de pacientes reevaluados en su centro de salud, ha sido solicitado al centro de salud en el que se ha realizado el pilotaje. Se ha completado el proyecto de forma satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el proyecto ha aportado valor a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, mejorando su abordaje temprano, desde ambos niveles asistenciales, para evitar otras complicaciones derivadas de una situación de desnutrición añadida a su patología. La valoración del proyecto por parte de los profesionales de las unidades que forman parte del proceso de atención a este tipo de pacientes, es positiva. Creemos conveniente realizar una evaluación del seguimiento desde los centros de salud, puesto que la escasa muestra obtenida desde el centro de salud pilotado no nos lo permite.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/131 ===== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Nutrición y Dietética constituye el 1º paso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios. La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general. En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial. Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

MÉTODO

Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de ptes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:

- Cribado Nutricional:

Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los ptes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional, así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:

- Seguimiento del pte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP

Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que al alta de MI y P. de cadera presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los ptes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de ptes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:

Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES

% ptes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en unidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% ptes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) - 95%

% ptes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% ptes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% ptes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% ptes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº ptes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% ptes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas - 85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Formación gestor de dietas - 2 sesiones

DURACIÓN

Marzo- junio 2018:

- 1.Revisión del proceso
- 2.Elaboración del programa aprendizaje
- 3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados

Septiembre- Diciembre 2018

1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

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 - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios Quirúrgicos
Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados
Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas de suspensión y difusión del mismo.

Se ha hablado con todos los Servicios Quirúrgicos para adecuar la cartera de servicios, se ha procedido a codificar con CIE 10 todos los procedimientos, se han evaluado guías y protocolos para mejorar el funcionamiento de la Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso 100%

Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). 100 %

Se ha actualizado el Protocolo de prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso y el de Valoración anestésica preoperatoria en CSI.

Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56.7%

Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:

- . Artroscopia de rodilla: 6%
- . Hallux valgus : 3.3%
- . Hernioplastia: 46%
- . Fisurectomía anal: 75% y hemorroidectomía 28%

La fuente donde se han obtenido los datos es el registro de la Unidad, Servicio de Admisión y Servicio de información del Hospital.

Se han alcanzado toda los objetivos salvo el de aumentar el índice de sustitución de estos procedimientos, la causa ha sido la suspensión de la actividad de tarde durante el año pasado, estos procedimientos se realizan en este horario.

También ha influido que ha habido un elevado número de concertación externa de estos procedimientos, quedando en el hospital los casos complejos que no pueden realizarse en cirugía sin ingreso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destaco la colaboración de todos los Servicios para poder mejorar la calidad y el rendimiento de los procedimientos realizados en esta Unidad, queda pendiente el aumentar el índice de sustitución para los procedimientos seleccionados y añadir algún procedimiento más del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Ahora el proyecto tiene que seguir trabajando en aplicación y actualización de los protocolos realizados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/30 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 0030

Título
ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LAHUERTA LORENTE LOURDES, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cirugía sin Ingreso es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica con una cartera de servicios que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.
Se deben de seleccionar los procedimientos de la cartera de Servicios de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, (UCSI), se incluyen clásicamente los integrados en los niveles II y III de la Clasificación de Davis y es importante revisarla periódicamente en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica.
Es precisa la actualización de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos, con el fin de optimizar los recursos y evitar ingresos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos principales del proyecto son:
- Revisar los procedimientos que realizan los Servicios quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin ingreso, de forma que se puedan incluir más procedimientos que son candidatos a este tipo de cirugía y retirar de la cartera de servicios aquellos que puedan realizarse en otro tipo de recurso como consulta o sala blanca.
- Revisar tiempos quirúrgicos y programaciones para mejorar los rendimientos quirúrgicos.
- Revisar las suspensiones quirúrgicas, para descubrir si existe alguna causa evitable de las mismas.

MÉTODO
-. Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.
-. Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
-. Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
-. Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados.
-. Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas de suspensión y difusión del mismo.

INDICADORES
-. Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso (Nº de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso/ Nº Servicios que realizan procedimientos de cirugía sin ingreso). Estándar: 100%.
-. Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). Estándar: 50%
-. Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 60%
-. Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
-. Artroscopia de rodilla. Estándar 10%
-. Hallux valgus. Estándar: 20%
-. Hernioplastia inguinal. Estándar 50%
-. Fisurectomía anal y hemorroidectomía. Estándar 60%
-. Revisión mensual de las causas de suspensión quirúrgica y análisis de las mismas(Nº de revisiones mensuales/12) Estándar 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

DURACIÓN

Duración prevista es de 12 meses:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Cartera de servicios		X	X	X	X	X	X					
Guías, vías y protocolos		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Rendimiento quirúrgico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Índice de sustitución							X	X	X	X	X	X

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 - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MANUELA LANZUELA VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GARCES ESTHER
ANTON TORRES ANTONIO
RELLO VARAS LUIS
ABENIA USON PILAR
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO
VICENTE GOMEZ ISABEL
PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre abril y mayo de 2019, se realizaron visitas y reuniones para la recogida de información sobre la situación y circuitos existentes, tanto en el campo del Consejo Genético Prenatal como en el Oncológico.

En el Consejo Genético Prenatal se ha consolidado la actuación conjunta de todas las partes implicadas, con la creación de un informe conjunto de todas las especialidades (Obstetricia, Genética y Pediatría), además de una consulta conjunta. Se ha incorporado una matrona, con agenda específica para el seguimiento de los casos. Ello ha permitido disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético.

Para la realización del análisis genético, se llegó al acuerdo entre los servicios de Obstetricia y Genética de entregar a las mujeres candidatas al mismo, el documento de Consentimiento Informado en la consulta de Obstetricia. Dicho documento fue consensuado entre ambas partes. Esto evita una visita añadida de las mujeres al hospital antes de la realización de dicho análisis, y evita también que los facultativos de Genética tengan que visitar a la mujer antes del análisis.

En el Consejo Genético Oncológico, se han celebrado varias reuniones de trabajo para ir ordenando las puertas de entrada. Se está trabajando en la realización de un documento de información a Atención Primaria y a Admisión para la unificación de criterios de derivación y el circuito apropiado para ello. Además, se realizaron varias sesiones quirúrgicas en el primer semestre de 2019 para poder realizar la cirugía profiláctica a aquellas mujeres que más tiempo llevaban pendiente de dicha intervención.

En paralelo, se están analizando las determinaciones realizadas en el Servicio de Genética y las derivadas a centros externos para ver posibilidades de reordenamiento y adecuación de las indicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el Consejo Genético Prenatal, gracias a la consolidación de la actividad multidisciplinar, tanto en el aspecto de la consulta como en el del informe clínico, prácticamente todas las mujeres gestantes candidatas a dicha valoración conjunta son vistas de esta manera. Además, el hecho de contar con una matrona pendiente de los casos, hace que la mujer gestante susceptible de ello tenga una referencia única que está pendiente de las actuaciones a realizar.

En el Consejo Genético Oncológico, dada la creciente complejidad del mismo, estamos todavía en fase de ordenación, no habiendo sido posible alcanzar todos los objetivos previstos para este primer año. Se ha conseguido alinear a todos los actores implicados y se han iniciado varias líneas de trabajo fundamentales para organizar tanto las puertas de entrada en el sistema como la indicación de realización del análisis, lo que permitirá acercarnos a los objetivos previstos en este próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el Consejo Genético Prenatal, la trayectoria conjunta previa de varios de los especialistas ha permitido que la colaboración multidisciplinar haya fluido de forma natural y se extienda al resto de implicados. Está pendiente la creación del espacio "físico" de la consulta conjunta para la mejora de la funcionalidad.

Asimismo, y por distintos motivos, está pendiente de retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.

En el Consejo Genético Oncológico, se han dado los primeros pasos para concienciar a todos los implicados, aunque queda pendiente la terminación e implantación de los circuitos adecuados para cumplir objetivos. Además, se está pendiente de destinar una enfermera a la gestión de los casos, lo que redundará en un mejor aprovechamiento de los recursos y sobre todo en una mejor atención a los pacientes y sus familias.

Asimismo, está pendiente en las próximas semanas retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/863 ===== ***

Nº de registro: 0863

Título
OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO

Autores:
LANZUELA VALERO MANUELA, CARMEN GARCES ESTHER, ANTON TORRES ANTONIO, RELLO VARAS LUIS, ABENIA USON PILAR, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO, VICENTE GOMEZ ISABEL, PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley de Investigación Biomédica define el Consejo genético como el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para él o su descendencia de los resultados de un análisis o cribado genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para asesorarla en relación con las posibles alternativas derivadas del análisis. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o cribados genéticos e incluso en ausencia de los mismos.
El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina proclamó en su artículo 12: Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento genético, que se da no solo en diagnóstico prenatal sino también en otras disciplinas, como la Oncología es un proceso y no un acto médico aislado.
Por ello y dada la trascendencia clínica y de necesidad de recursos, además en un medio en constante actualización y de aparición de informaciones nuevas con mayor o menor trascendencia clínica, es necesario ordenar de forma reglada los distintos actos que conducirán al asesoramiento genético para que la asistencia se produzca de la forma más correcta posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Consejo Genético Oncológico:
Disminuir la variabilidad en las puertas de entrada de los pacientes oncológicos/familias susceptibles de ello a la realización del consejo genético de forma global.
Disminuir las demoras en la realización del análisis genético.
Revisar y actualizar en el hospital/sector los criterios de derivación de los pacientes a la realización del análisis, quién y cómo puede indicar dicha realización.
Consejo Genético Prenatal:
Disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético, mediante la actualización/implantación de protocolos de actuación ante el hallazgo/sospecha de anomalía genética.
Mejorar la interacción con los potenciales padres para ayudar en la toma de decisiones.

MÉTODO
Reordenación de circuitos en consejo Genético Oncológico y Prenatal.
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Oncológico:
Ubicación en consultas con agenda específica médica y de enfermería, fuera del Proceso de Cáncer de Mama.
Toma de decisiones/actualización-elaboración de protocolos multidisciplinares consensuados.
¿Quién hace el Consejo Genético?
¿A quién se le pide el Análisis Genético?
¿Plazos máximos de realización del análisis?
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Prenatal:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

Protocolos de actuación conjuntos entre Obstetricia, Genética y Pediatría.
¿Quién da la información previa?
¿Quién y donde da la información del resultado?
Consultas conjuntas con los tres especialistas para mejorar la toma de decisiones.
Laboratorio: reorganización de las consultas.
Priorización en el análisis.
Ordenación/derivaciones a laboratorios externos...

INDICADORES

Nº protocolos revisados/actualizados/elaborados en cada disciplina. =2
% de pacientes/familias a los que se les hace el consejo genético oncológico en =3 meses = 40%
% pacientes oncológicos y familiares susceptibles a los que se realiza análisis genético en <6 meses análisis genético en <6 meses =30%
% pacientes susceptibles que se incluyen en seguimiento apropiado =80%
% de pacientes susceptibles a los que se realiza tratamiento profiláctico en plazo <9 meses =80%
% mujeres gestantes susceptibles de ello vistas en consulta multidisciplinar =80%
Definición de cartera de servicios de la agenda específica de Enfermería en Consejo Genético Oncológico. 100 %
Definición de los estándares de actividad de la Consulta de Enfermería. 100 %

DURACIÓN

Primer año: análisis y reorganización extralaboratorio.
Segundo año: análisis y reorganización intralaboratorio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SAZATORNIL REYES
NOYA CASTRO CARMEN
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
GRACIA CASADO GEMA LUCIA
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
VINUES SALAS CARLOTA
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actualización e implementación del protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".
- Normalización los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad.
- Actualización el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
- Implantación del circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos (incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.
- Evaluación de la disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización.
- Realización de formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se ha comenzado con la implementación de diferentes líneas establecidas en el protocolo almacenamiento y conservación de medicamentos en el 100% las unidades de enfermería del HUMS.
En relación a la actualización del stock de botiquines, en la actualidad del total de botiquines 30 de ellos se han revisado y actualizado, si así se ha considerado, lo que supone un 66%.
En el 100% de las unidades se ha puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos a farmacia lo que ha conllevado una disminución en el número de peticiones/ devoluciones urgentes. Si comparamos devoluciones/ peticiones realizadas en el periodo septiembre - noviembre de 2018 / 2019:
N.º de devoluciones hechas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia:
Septiembre - noviembre 2018: 49619 unidades devueltas
Septiembre - noviembre 2019: 28 221 unidades devueltas
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución en las unidades que se han devuelto al servicio de farmacia de 21398 unidades en los meses de septiembre y noviembre, lo que supone un 43% menos
N.º de peticiones urgentes realizadas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia
Septiembre - noviembre 2018: 118020 unidades solicitadas vía urgente
Septiembre - noviembre 2019: 108.882 unidades solicitadas vía urgente
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución de 9138 unidades de medicamentos que se han pedido de forma urgente al servicio de farmacia entre los meses de septiembre y noviembre, lo que ha supuesto un 7,7% menos.
En relación a la solicitud, recepción y custodia de estupefacientes está implantado en 14 de los botiquines de hospitalización en los que existen armarios de dispensación automática, lo que supone el 31% de los botiquines de hospitalización. Así mismo se ha implantado el circuito en las unidades de gran consumo de estupefacientes como es: Bloque quirúrgico del multifuncional, paritorios y bloque quirúrgico del HMI.
Pendiente de poner en marcha en la unidad de pruebas funcionales.
Durante el año 2019 se han llevado a cabo las dos ediciones del curso manejo seguro de fármacos en las unidades de enfermería del HUMS que se han programado.
Sobre la normalización de botiquines siguiendo criterios de seguridad no se ha iniciado su implementación
Sobre la línea de fármacos peligrosos, se ha diseñado la documentación / poster a implantar en las unidades de enfermería y la formación específica a dar en ellas. Se ha comenzado en el mes de diciembre en las unidades de cuidados intensivos.
Durante el año 2019 se ha puesto en marcha sistemas de dispensación automática en la unidad de urología y tipo unidosis en la unidad de oncología médica. En enero de 2020 se implanta en la unidad de cirugía torácica/ otorrino y maxilofacial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario avanzar en la puesta en marcha de sistemas de dispensación tipo carros de unidosis en las unidades de enfermería en la que no existe. Esto supone tener que hacer una cierta inversión en el servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

de farmacia para completar su implantación total en el hospital.

El proyecto se debe continuar durante los próximos años hasta completar el proyecto completamente en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/957 ===== ***

Nº de registro: 0957

Título
MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, ABAD SAZATORNIL REYES, NOYA CASTRO CARMEN, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, GRACIA CASADO GEMA LUCIA, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, VINUES SALAS CARLOTA, CASAJUS NAVASAL ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El personal de enfermería de las unidades de hospitalización conjuntamente con los farmacéuticos, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el manejo de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los mismos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico
Tras la elaboración de un mapa de riesgos en el manejo de fármacos llevado a cabo en las unidades de cuidados del HUMS y las evaluaciones que se realizan periódicamente desde el servicio de farmacia, se han detectado problemas a lo largo de la cadena terapéutica del medicamento, lo que requiere la puesta en marcha de medidas correctivas y preventivas para evitar potenciales daños a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

.Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia, neveras y armarios de dispensación automática, con criterios de seguridad, evitando así caducidades y devoluciones innecesarias.
.Mejorar el proceso de reposición de la medicación en las unidades de enfermería optimizando el proceso de reposición de stock, disminuyendo el número de pedidos urgentes.
.Identificar los medicamentos de alto riesgo, para el paciente, de cada unidad de hospitalización, y establecer recomendaciones para su uso seguro.
.Asegurar que la manipulación de medicamentos peligrosos en las unidades de hospitalización es la correcta, evitando riesgos para la salud de los profesionales que los manejan.
.Mejorar la custodia y dispensación controlada de estupefacientes y psicótrópos en las unidades de cuidados de enfermería.

MÉTODO

.Actualizar e implementar el protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".
.Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad (45 botiquines)
.Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
.Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos(incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- .Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- .Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización
- .Elaborar listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización.
- .Informar y formar sobre los riesgos asociados a los mismos y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para la salud de los profesionales que los manipulan.

INDICADORES

% unidades de hospitalización que han puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos al servicio de farmacia: 64%-80%

% unidades de cuidados de enfermería donde consta documentación que incluya el listado de medicamentos peligrosos más habituales en la unidad y el manejo seguro de los mismos:64%-80%

Número de peticiones urgentes / devoluciones de medicamentos realizadas desde las unidades de enfermería al servicio de farmacia: disminuir un 30%

DURACIÓN

Actualización del protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos". Febrero 2019

Comunicar proyecto Abril - Mayo 2019

Implantar el protocolo año 2019

Normalizar botiquines en hospitalización. Año 201

Implantar el circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos Durante 2019

Implantar circuito de solicitud, recepción y custodia de estupefacientes Durante 2019

Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización febrero 2019

Evaluación del número de devoluciones y solicitudes urgentes de medicamentos realizadas, comparando los años 2018 -2019 Diciembre 2019

Comunicar resultados- Diciembre 2019

Todas las actividades se realizaran por los integrantes del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS ARAGUES BRAVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL
VELLOSILLO ORTEGA JUAN MANUEL
RODRIGUEZ VELA JAVIER
FUENTES ULIAQUE CARLOS ALBERTO
BARRERA ROJAS MIGUEL DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha diseñado una base de datos para el Registro, mediante listado y/o identificación, de los pacientes valorados por la Comisión.
- En coordinación con el Servicio de Admisión e Informática, se ha establecido un procedimiento de identificación de los pacientes que van a ser vistos por la Comisión.
- Se ha instaurado un sistema de codificación de los procedimientos, tanto quirúrgicos como intervencionistas, común a todas las especialidades implicadas en la Comisión.
- El registro de los pacientes se realiza con estos códigos en la lista de espera quirúrgica o de procedimientos.
- Se ha realizado difusión de la Vía Clínica del Raquis en los Servicios de Angiología y Cirugía Vascul, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología.
- Se ha creado un Formulario para la HCE con dos aspectos: para uso clínico y para la derivación a través de las respectivas Comisiones de Raquis de los sectores.
- Se han establecido los criterios y el circuito de derivación, así como el sistema de seguimiento tras el procedimiento de cementación.
- Se ha ampliado la participación de la Comisión a los siguientes servicios para coordinar las acciones y no superponer tratamientos: Unidad del Dolor y Radiología Intervencionista.
- Se han realizado reuniones quincenales para evaluar las derivaciones de centros hospitalarios y sus comisiones.
- Se han realizado reuniones con la Unidad del dolor, Servicio de Neurorradiología y Servicio de Urgencias.
- Queda pendiente establecer con el Servicio de Urgencias los criterios de valoración e ingreso de pacientes con patología de Raquis desde este servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha diseñado el circuito de derivación de los pacientes con patología del Raquis y establecido una entrada única para toda la patología del Raquis desde la Atención Primaria del Sector II.
- Se ha puesto en marcha la Interconsulta Virtual (ICV) desde la que se recomienda, según protocolos consensuados, cuándo el paciente tiene que seguir tratamiento y control en A. Primaria y Fisioterapia de A. Primaria, cuándo solicitar una prueba complementaria y el momento, según la clínica, de realizar la ICV a la A. Especializada. Tras revisión de la ICV, se deriva para valoración en Unidad de Musculoesquelético o en consultas específicas de Raquis en el S. de Rhb HUMS (en cada consulta con protocolos específicos de tratamiento). Si la información presenta signos de alarma, se recomienda remisión a S. Urgencias. La derivación desde la A. Especializada por patología de Raquis se remite por interconsulta en papel y se revisan y remiten a las consultas de UME o Rhb para valoración previa. Las derivaciones de otros centros hospitalarios se realizan a través de las Comisiones de Raquis de esos centros. De esta manera se canaliza de forma homogénea toda la patología de Raquis.
- Se han realizado 19 reuniones. No se han realizado actas de cada reunión. En su lugar se ha realizado la evaluación y registro de todos los casos remitidos a la comisión
- Se han realizado 3 sesiones clínicas con los S de Angiología y Cirugía Vascul, Medicina Interna y Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital Universitario Miguel Servet.
- No se ha conseguido establecer un programa de Sesiones clínicas coordinado con los médicos de atención primaria
- % pacientes revisados en Comisión que son vistos en Consulta externa: 88%*
- % pacientes revisados por la Comisión que se incluyen en LEQ: 19%**

*Revisión del registro de pacientes vistos en la Comisión. Total de pacientes revisados 550 por la Comisión menos los pacientes devueltos o archivados= pacientes vistos en consulta.

**Dato orientativo. Al no figurar en todos los pacientes vistos por la Comisión el AR, se ha cruzado la relación de pacientes vistos en ella contra todos los pacientes en LEQ y todos los que han salido de LEQ en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto de continuación que se comenzó en el año 2018. Se ha constituido una Comisión de Patología del Raquis, con la participación de RHB, Unidad de Columna y Neurocirugía. Se ha conseguido coordinar el manejo de la patología del Raquis, establecer una cartera de servicios común para los servicios implicados en el tratamiento de esta patología y que las derivaciones de otros Centros aporten la información suficiente para que se proceda a la valoración por la citada Comisión.

Se ha iniciado la coordinación con el Servicio de Urgencias para la adecuación del tratamiento e ingresos. También con la Unidad del Dolor, para no repetir valoraciones y/o tratamientos.

Se está trabajando en el protocolo de derivación a la Unidad Neurorradiología para la realización de vertebroplastias.

Se ha iniciado una consulta específica de fractura vertebral por fragilidad en el Servicio de Medicina física y Rehabilitación.

Serán objetivos a abordar durante el año 2020 la consolidación y seguimiento del circuito de derivación de los pacientes con patología del raquis, la continuación del trabajo de coordinación iniciado con el Servicio de Urgencias, con la Unidad del dolor y la Unidad de Neurorradiología y el establecimiento de los criterios de derivación a la consulta específica de fractura vertebral.

También el abordaje del programa de sesiones en Centros de Salud, que por diversas razones no se pudo realizar durante el año 2019.

Por todo ello, se considera adecuada la continuidad del proyecto y su inclusión en el Acuerdo de Gestión del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, como impulsor del mismo.

7. OBSERVACIONES.

A destacar la dificultad para establecer y coordinar el programa de sesiones en los Centros de Salud dada la gran presión asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/120 ===== ***

Nº de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información.
Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

MÉTODO

- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

INDICADORES

- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- N° comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

DURACIÓN

- 1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
- 2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
- 4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **