

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2019_1140	S1	20/01/2020	ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS	MORALES ROZAS ANA BELEN	2019_1307	S1	15/01/2020	EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	F	31/01/2020	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2019_1319	S1	28/01/2020	DERMAP/DERMATOAP
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2019_1322	S1	28/01/2020	PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2019_0299	F	28/01/2020	AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2019_1136	S1	19/01/2020	COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	VILLAS PEREZ EVA	2019_1298	F	26/01/2020	ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	TARI GARCIA ANTONIO	2019_1310	S1	27/12/2019	PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	FERRER DUFOL CARMEN	2019_1333	F	17/01/2020	PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR REHABILITACION DE PSIQUIATRIA	PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL	2019_1246	F	14/01/2020	PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME ALONSO V	MARTIN GRACIA ANDRES	2019_0943	F	15/01/2020	PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONÓSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	JIMENEZ BERNADO ALFREDO	2019_0049	S1	16/01/2020	CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MORENO CHULLILLA JOSE ANTONIO	2019_1337	F	18/01/2020	CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2019_1339	S1	31/01/2020	PROGRAMA CIRUGIA SEGURA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	SAENZ ABAD DANIEL	2019_1350	F	24/02/2020	MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO BLES. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES GIL HERNANDEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VISITAS EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES
COORDINACION CON DISTINTOS RECURSOS QUE TRABAJAN EN LA ATENCION DE ESTOS PACIENTES
ORIENTACION Y ACOMPAÑAMIENTO EN GESTIONES
SEGUIMIENTO Y SUPERVISION DE LA TOMA DE MEDICACION
VALORACION DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y BIENESTAR, Y ORIENTACION PARA SU MEJORA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO ALCANZADO ES MUY ALTO, Y SATISFACTORIO EN LA MEDIDA QUE CONTRIBUYEN ESTAS ACCIONES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TMG INCLUIDOS EN EL PROGRAMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA DE LAS CONSIDERACIONES MAS IMPORTANTES DEL PROGRAMA, ES QUE ES MUY IMPORTANTE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN SU ENTORNO, ESTA CONTRIBUYE A DETECTAR DEFICIENCIAS EN SU CALIDAD DE VIDA, Y A PONER EN LO POSIBLE MEDIDAS PARA MEJORARLA, LOS PACIENTES SE SIENEN RESPETADOS Y AGRADECIDOS POR ELLO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Autores:
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES, MORALES ROZAS ANA BELEN, PAMPLONA FONDEVILA SUSANA, GOMEZ CONTE ROSANA, CANTERO MORO VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trastorno mental grave es una enfermedad que afecta de manera relevante a todas las esferas de la vida de las personas, provocando un gran déficit en autocuidados. Por esto es importante en estos pacientes la ATENCION DOMICILIARIA (AD), ENTENDIENDO por AD, la intervención en el domicilio o entorno del paciente tanto, de forma presencial y directa como telefónica o a distancia.
Acudir al domicilio nos permite valorar de primera mano las condiciones de habitabilidad del hogar (que existan las infraestructuras necesarias para llevar a cabo las ABVD, baño, cocina funcionales etc, en unas condiciones adecuadas mantenidas en el tiempo). Además permite observar el manejo del paciente y/o familia en su entorno habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

FUENTES DE DATOS: Atención Primaria de Calidad. GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Atención domiciliaria.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS ESPERADOS:

- Identificar riesgos, comprobar la seguridad de la vivienda.
- Determinar las necesidades básicas de salud.
- Valorar las condiciones de habitabilidad, y el mantenimiento del hogar.

LA POBLACION DIANA:

pacientes con dificultades para mantenimiento del hogar sin apoyo familiar.
Pacientes en situación de riesgo por descompensación.
Pacientes con pérdida de continuidad en su seguimiento.

INTERVENCIONES:

- Fomentar autocuidados para la realización de las ABVD.
- Proporcionar estrategias y pautas para el mantenimiento del hogar.
- Asesoramiento.
- Control y seguimiento de casos específicos.
- Acercar los recursos necesarios para evitar situaciones de exclusión social.

MÉTODO

Para llevar a cabo las intervenciones anteriormente citadas se requieren de los siguientes RECURSOS:
Recursos humanos: Enfermera especialista en Salud Mental, Trabajadora Social, Psiquiatra, EIR, MIR.
Recursos materiales: Bonobus, teléfono, etc.

ACTIVIDADES:

- Verificar la idoneidad de las infraestructuras (iluminación, agua, baño, temperatura, cocina....)
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Incentivar la motivación en la realización de los autocuidados.
- Establecer rutinas de autocuidados.
- Proporcionar información sobre la manera de mantener el hogar seguro y limpio.
- Sugerir servicios de reparación del hogar.
- Gestión de citas.

CAPTACIÓN:

La forma de acceso a este programa sería a través de pacientes en seguimiento en enfermería/psiquiatría/trabajo social en los que se detecta dificultades para el buen funcionamiento en el autocuidado y mantenimiento del hogar.

INDICADORES

INDICADORES:

Número de pacientes incluidos en el programa / número de los pacientes derivados

Número de pacientes con objetivos cumplidos / Número de pacientes evaluados

Paciente incluido en el programa / Tiempo transcurrido hasta la primera visita

CRONOGRAMA:

El paciente va a ser atendido independientemente del momento en que el equipo considere que necesita una AD, por lo tanto, más que hablar de cronograma se debe hablar de fases.

- 1ª fase: inclusión en el programa.
- 2ª fase: desde la primera fase hasta la valoración en domicilio no transcurrirá más de un mes.
- 3ª fase: contactar con el paciente, gestionar cita,
- 4ª fase: realización de las actividades del programa.
- 5ª fase: análisis de datos, evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1140

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

DURACIÓN
ENERO 2019-DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN MORALES ROZAS
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro USM DELICIAS
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GOMEZ CONTE ROSANA
CANTERO MORO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física. Recogida de bibliografía
Se ha elaborado una hoja excel para ir registrando los pacientes incluidos en los programas de clínica de estabilizadores y de clínica de neurolépticos de larga duración

o A partir de ABRIL:

Se inicia la implementación el registro y el seguimiento, recogiendo los datos de la historia clínica del propio centro y de la historia electrónica

o DICIEMBRE: La captación no se ha cerrado hasta el 31 de diciembre, a partir de ahí se realiza el análisis de datos y la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido superior al standar marcado. Los indicadores han sido los siguientes:

-Indicador 1 .Para pacientes en seguimiento en clínica de estabilizadores=nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos dos monitorizaciones anuales de niveles de estabilizador y una de ellas que sea analítica completa/ nºde pacientes en seguimientos en consulta de enfermería que esten en tratamiento con estabilizadores.

Indicador 1=75/78

-Indicador 2.Para pacientes en seguimiento en clínica de neurolépticos de larga duración= nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que tengan al menos una analítica completa anual/nº de pacientes en seguimiento en consulta de enfermería que esten en tratamiento con neurolépticos de larga duración.

indicador 2=114/116

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración ha sido satisfactoria, con una gran adherencia a los programas de enfermería tanto al seguimiento de pacientes en tratamiento con estabilizador como con neurolépticos de larga duración, de gran importancia las llamadas telefónicas para dar nuevas citas en el caso de no haber acudido a la revisión. La detección precoz de cualquier alteración en el patrón bioquímico permite actuar con celeridad derivando a atención primaria para valoración por el profesional adecuado. En los pacientes con tratamiento con estabilizador además se añade la ventaja de poder conocer los niveles del mismo con lo que eso conlleva para un correcto control del fármaco.El proyecto de mejora se mantendrá en el tiempo dadas las ventajas que esto supone.

7. OBSERVACIONES.

Inicialmente el proyecto de mejora sólo incluía a los pacientes en tratamiento con estabilizadores, al incluir también a los pacientes en tratamiento con neurolépticos de larga duración se han utilizado dos indicadores para valorar separadamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1307 ===== ***

Nº de registro: 1307

Título
EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Autores:
MORALES ROZAS ANA BELEN, SANCHEZ LAZARO CARMEN, MARTINEZ VERA MARIA TERESA, GOMEZ CONTE ROSANA, CANTERO MORO VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trastorno mental grave es una entidad que aglutina entre otros diagnósticos al Trastorno Esquizoafectivo y al Trastorno Bipolar, se considera que representa un problema de salud pública importante, por sus implicaciones psicopatológicas y por sus efectos en la salud física del paciente.

Los pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo presentan significativamente un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas con respecto del resto de población, con elevada morbimortalidad, pérdida de años de vida, junto con bajo nivel de autocuidados.

Basándonos en Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas estableceremos el control clínico, monitorizando niveles de estabilizadores en sangre (litio, valproato y carbamazepina), detectando precozmente la aparición de efectos secundarios y la respuesta al tratamiento en estrecha colaboración con el psiquiatra de referencia de tal manera que se pueda intervenir de forma rápida ante cualquier alteración.
Además, se aportarán conocimientos relacionados con el proceso de la enfermedad y del tratamiento favoreciendo así la adherencia terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS

DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los pacientes tratados con estabilizadores del ánimo atendidos en las USM del Sector.
Captación del paciente mediante
a) Programa de pacientes en tratamiento con litio
b) Programa de pacientes en tratamiento con ácido valproico
c) programa de pacientes en tratamiento con carbamazepina

MÉTODO

1. ACTUACIÓN: Detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias al tratamiento con estabilizadores.
 2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Devolución de la información y trabajo coordinado desde el equipo de Salud Mental con Atención Primaria, el Servicio de Nefrología o Medicina Interna si fuera preciso.
Para el diseño del programa de seguimiento y evaluación de la salud física en TMG el CSM Delicias cuenta con un protocolo estandarizado de actuación en el que se realizan las siguientes actividades:
Analítica sanguínea completa antes de iniciar tratamiento con estabilizador
Control quincenal al inicio y tras modificación de dosis
Trimestral o semestral de los niveles del fármaco dependiendo de las características del paciente.
Control anual con analítica general (midiendo función renal, hepática, tiroidea según el estabilizador del que se trate además de indicadores metabólicos), ECG (en pacientes en tratamiento con litio), Ecografía de tiroides.
Control de constantes de forma trimestral (T.A, peso, Perímetro abdominal..)
1. DISEÑO DE PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SALUD FÍSICA EN TMG.
o DESDE USM: D.U.E.: ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, EN COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL EQUIPO DE USM Y C.S. de A.P.
o CAPTACION DE LOS PACIENTE:
? PRIMERAS VISITAS.
? REVISIONES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN SEGUIMIENTO DESDE USM Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
 2. Para futuras líneas de intervención DISEÑO DE PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE estilos de vida para DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE SALUD FISICA

INDICADORES

- Nº PACIENTE (PAC) EVALUADOS EN TOTAL
- ADHERENCIA AL PROGRAMA: Nº PAC EN SEGUIMIENTO / Nº PAC EVALUADOS
- Nº PAC. CON OBJETIVOS CUMPLIDOS / Nº PAC EN SEGUIMIENTO
- Nª CONTACTOS CON ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CASO DE NECESIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1307

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS

DURACIÓN

Iniciado ya proceso de captación y evaluación

- o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física. Recogida de bibliografía
- o ABRIL en Adelante: Implementación del programa de evaluación y seguimiento. Captación de Pacientes
- o JUNIO-JULIO: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo modificables.
- o NOVIEMBRE: Análisis de datos de evaluación, seguimiento

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 - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SERGIO LAFITA MAINZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP ZARAGOZA 3
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO: Responsable Director Médico y Directora Enfermería

1. Consejo de salud de Sector: Acta 1/19 (16 mayo 2019)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2019 (se adjuntará cronograma de reuniones epiware)
3. 16 mayo: Reunión en Sala Avempace con los EAPs del Sector para tratar varios temas. Daniel Escribano presenta continuidad del proyecto.
4. Mayo 19: Se incluye en laboratorio OMI, Péptido natriurético, solicitado por los profesionales.

B. REUNIONES CON FORMADORES DE IC EN EL SECTOR: Responsables DAP, Servicio de Farmacia y Técnico de Salud
22 de Marzo de 2019: Reunión con Rodrigo Córdoba (médico de Delicias Sur) y Daniel Escribano (Oliver) para sentar las bases de seguimiento y formación en el sector. Valoramos pautas a seguir y diferentes presentaciones ya preparadas por ellos

C. UNIDAD ADMISIÓN: Responsable Subdirección médica

10 enero 8,30h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), que nos aportó los datos de CMBD para evaluar uno de los indicadores del proyecto "Reducción del N° de ingresos urgentes con reagudización de Insuficiencia Cardíaca"

Para el cálculo se tuvieron en cuenta el primer diagnóstico al alta con los CÓDIGOS CIE-10-ES: I50, I09.81

D. FORMACIÓN ICC: responsable Técnico Salud

Formación programada por la DAP con formadores propios (Rodrigo Córdoba y Daniel Escribano): las sesiones de formación realizadas han sido:

EAP	FECHA	HORA	Formador
Miralbueno	19 nov	14	R Córdoba
Cariñena	19 nov	11	R Córdoba
Valdefierro	27 nov	10	R Córdoba
Epila	26 nov	10	R Córdoba
Tarazona	14 nov	14	D Escribano
Casetas	5 nov	13	D Escribano
Tauste	11 nov	9	D Escribano
María Huerva	11 julio		R Córdoba
Seminario (varios EAPS)	21 nov	10	D Escribano

Además en todos los EAPs se ha recogido la realización de una sesión clínica de IC.

El objetivo de las sesiones además del componente formativo ha sido exponer el seguimiento del proyecto así como las dificultades encontradas.

E. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. Responsable S° de Farmacia de AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos por parte de medicina y datos de control de peso, TA, para personal de enfermería se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS. 1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 11 EAPs (Casetas, Delicias N, Delicias S, Oliver, Miralbueno, Borja, Ejea, Valdefierro, Tauste, Cariñena, Alagón)

2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Reducción 8%

3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Error en extracción datos por parte del S° Informática HCU (nos enviarán de nuevo la extracción del dato)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Presión arterial 100%, Control peso 87,84% OBJ 80%, Perímetro abdominal 34,20% OBJ 50%
5. Reducción de tratamientos desaconsejados en IC por mayor riesgo de descompensación, empeoramiento o problemas de seguridad (BTA 2016; 31(4): 28-45. <http://dx.doi.org/10.11119/BTA2016-31-04>): OBJ Reducción 2%: Resultado: Reducción 2,40%. (dato: 14,54%)
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): OBJ <20 Resultado: 16,91%
7. Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): OBJ > 45% Resultado 44,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. El proyecto de mejora ha proporcionado inicialmente una visión global de nuestro mapa de IC en el sector, cómo se está haciendo la asistencia a la IC en el Sector valorando variables sencillas con objeto de mejorar el proceso. Los protagonistas principales para conseguir mejoras en la calidad de la asistencia prestada y un uso racional de los recursos sanitarios son los propios profesionales, por lo que todas las iniciativas en este campo deben de implicarlos necesariamente, por lo cual trasladar el proyecto a proyectos de EAPs ha sido la estrategia más adecuada. El liderazgo de la formación por parte de profesionales clínicos de AP, dos referentes en el tema de IC, ha proporcionado una visión práctica y ajustada a lo que es necesario en este primer ámbito sanitario, tanto en enfermería como en medicina. Consideramos que el objetivo en nuestros EAPs se ha cumplido, si bien hay criterios mejorables como registro de perímetro abdominal y control de peso. Esto podría estar justificado porque valores de registro individual del propio paciente no han sido trasladados a la Historia Clínica y por tanto no recogidos en OMI. Nos queda pendiente la interrelación con especializada, que por diferentes circunstancias no ha cumplido las expectativas del proyecto. Como debilidad del proyecto y es una constante repetida en todo ellos, es la dificultad y la falta de autonomía para la extracción de datos, que nos impide el estrecho seguimiento cuantitativo y desagregado por EAP de los indicadores. El proyecto debe ser sostenible per sé, en cuanto se trata de un proceso clínico muy prevalente en las consultas de AP y no cabe si no la posibilidad de mejorar aspectos que no se han contemplado en el proyecto porque no era el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

===== Proyecto correspondiente =====

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregan en el proceso. Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC. Actividad: como capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a, la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comunicación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

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 - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Reunión con Coordinadores de Centro y de Enfermería, así como responsables de Calidad: 16/05/2019
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2019
3. Consejo de salud de Sector: 16/12/2019

B. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

1. 12/4/19 Reunión Dirección AP, Dirección AE y Jefe de Servicio de Dermatología. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP y de instauración del circuito de Tele-Dermatología.
2. Entre esa inicial toma de contacto y la etapa final de entrega del teledermatoscopio se sucedieron múltiples encuentros de la DAP con dermatología y con la Dirección de gestión para definir y llevar a cabo los pasos necesarios para el desarrollo de la actividad, así como la configuración de los equipamientos, habilitación de permisos, etc... Así como con los MF encargados de la implementación y desarrollo del proceso en los centros.
3. 11/7/19 Reunión Dirección AP, Dirección AE, Jefe de Servicio de Dermatología y Médicos de Familia encargados de la implementación del proyecto. Se realiza una sesión formativa para explicar el manejo del teledermatoscopio y consensuar el circuito de derivación.

C. FORMACIÓN

1. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP centralizada: se ofertaron 20 plazas de formación de las cuales completaron el curso 14 profesionales de diversos EAPs.
2. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP en los EAPs: Entre finales de 2018 y 2019 se han llevado a cabo diferentes jornadas formativas en varios centros de salud (Delicias Sur, Valdefierro, Tarazona, Tauste, Épila, Alagón, Cariñena). Con todo ello se ha alcanzado a formar a un total de 73 profesionales.
3. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte de los profesionales de los EAP.

D. OFERTA DE SERVICIOS

- Han sido adquiridos 7 dermatoscopios con incorporación de cámara y se ha instaurado de forma coordinada con la Dirección de Gestión y con Atención Especializada un circuito de derivación intracentro a una consulta específica de dermatología AP donde en algunos casos se efectuaba la captura de la imagen para visionado y valoración de las imágenes obtenidas por parte de un profesional de Dermatología.
- El circuito de TeleDermatología se instauró en julio 2019 entre el servicio de Dermatología y los Centros de Salud de Delicias Sur, Tarazona, Épila, Alagón, Cariñena, La Almunia y Universitas y desde entonces se han llevado a cabo 106 actos de dermatoscopia con captura de imagen y derivación para valoración de la imagen obtenida por Dermatología.
- Se han extendido las consultas de Cirugía Menor a 21 (de los 22 centros del Sector) y se han creado 8 consultas de dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En relación al objetivo fundamental del proyecto, disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de las lesiones cutáneas en AP, consideramos que mediante el esfuerzo formativo llevado a cabo, así como con la implantación de la Dermatoscopia y la Tele-Dermatología en aquellos EAP en los que ha sido posible instaurarla, se ha conseguido un avance cuya envergadura es prematuro evaluar.
2. Sí hemos sido capaces de mejorar la relación e interconsulta entre AP y Dermatología, como así hemos podido constatar subjetivamente en reuniones mantenidas tanto con la Jefatura de Servicio de Dermatología como con los Coordinadores de los EAPs.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

3. El número de equipos con dotación de dermatoscopio es de 9: Alagón, Cariñena, Delicias Sur, Épila, La Almunia, Tarazona y Univérsitas son tele-dermatoscopios y Valdefierro y Tauste son dermatoscopios. Esto supone el 40,9% de los Centros, alcanzando así el estándar propuesto en el indicador.
4. Existen 21 consultas monográficas de Cirugía Menor y 8 de Dermatoscopia, lo que supone superar el objetivo de 14 consultas monográficas de Cirugía Menor/dermatoscopia/dermatología.
5. Se ha obtenido mediante encuesta un grado de satisfacción con el programa de 9,35 expresado por el 70% de los participantes.
6. Se han derivado en 2019 un total de 106 lesiones pigmentadas con tele/dermatoscopia para valoración por Dermatología (fuente HCE).
7. En relación al indicador planteado de un descenso de un 2% de las lesiones pigmentadas derivadas a Dermatología desde AP, hemos de señalar que no solamente no se ha producido, sino que se ha incrementado en 198 el número de derivaciones respecto al año anterior (un 5,4%). Probablemente sea demasiado pronto para evaluar este proyecto, dado que al inicio de una nueva actividad se suele producir un "efecto llamada". Dado que no se ha conseguido llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos con la continuación del proyecto medir este indicador, pero no valorarlo.
8. En cuanto al aumento de derivación de lesiones extirpadas mediante cirugía menor, nos proponíamos aumentar en un 5%. No nos ha sido posible la obtención del dato dado que la persona encargada de facilitárnoslo desde el servicio de Anatomía Patológica se ha trasladado y no existe continuación en el registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese a que la valoración final se efectuará en la memoria de 2020, dado que este proyecto se prolongará en el tiempo para tratar de hacerlo extensivo a aquellos EAP a los que no ha sido posible todavía, las conclusiones iniciales son:

- Los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentran de forma general altamente motivados para llevar a cabo ampliaciones competenciales y adquisición de nuevas destrezas. Lo hemos comprobado anteriormente (retinografía, ecografía, cirugía menor) y se ha vuelto a corroborar cuando hemos sido nosotros los que hemos respondido a sus demandas quedándonos, incluso, cortos.
- Pese a ello, no todos los profesionales ni los centros responden de la misma manera y no siempre se correlaciona con la presión asistencial sufrida. Se ha de hacer un esfuerzo mucho mayor en aquellos equipos en los que el programa ha quedado estancado.
- Los indicadores planteados en inicio no siempre se corresponden con la realidad, ni se corresponden con la satisfacción de las partes implicadas. En este caso ha resultado muy satisfactorio tanto para AP como para AE.
- Para extender una determinada acción estratégica no siempre es suficiente con la voluntad decidida: es necesaria una asignación presupuestaria suficiente.

Dado que no se ha conseguido adquirir la tecnología necesaria para llegar a todos los centros por dificultades presupuestarias y que hasta julio no se instauró el proceso, nos proponemos la continuación del proyecto con el fin de alcanzar un mayor cumplimiento de los objetivos planeados y un mayor alcance poblacional, dado que algunos grandes centros (Tarazona, Univérsitas, pese a tener el equipamiento, no han avanzado por dificultades internas que desde la DAP nos proponemos tratar de corregir.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1319 ===== ***

Nº de registro: 1319

Título
DERMAP / DERMATOAP

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1319

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de lesiones cutáneas en AP

Objetivos secundarios:

Mejorar la relación e interconsulta entre Ap y dermatología

Introducción del manejo de la dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.

Fuente de información servicio de AP: lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

Aumentar la intervención quirúrgica menor en lesiones subsidiarias de la misma.

MÉTODO

Formación en medicina de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio.

Creación de grupos de trabajo AP-AE con la elaboración de protocolos comunes.

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....).

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES

Dotación de dermatoscopio en al menos 40% de los equipos de AP.

Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas dermatológicas al año (superior al 60% de los profesionales médicos). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.

Mejoría en el manejo de las lesiones y en la derivación al recurso más adecuado. Método de evaluación: encuesta a los profesionales.

Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

Aumento de un 5% en derivación para biopsia de lesiones cutáneas desde AP.

Número de consultas monográficas de dermatología/dermatoscopia/cirugía menor. Igual o mayor de 14.

Lesiones pigmentadas derivadas en 2019/2018...Disminución de 2%

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: primer semestre 2019

Elaboración de sesión consenso patologías banales: segundo-tercer trimestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA SARASA BELLOSTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
SERRANO PERIS GLORIA DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES
CASTAN RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

Indicar las actividades realizadas:

En la presentación del Contrato programa, en las reuniones con los coordinadores de los centros se ha explicado la estrategia.

Y en la firma individualizada con cada Centro de salud, del Acuerdo de Gestión, se ha reiterado y analizado la situación de cada uno.

Se ha analizado el indicador propuesto y se han impulsado áreas de mejora con los profesionales. Se han realizado sesiones de una de las patologías prevalentes en el paciente crónico complejo, la insuficiencia cardiaca (es otro de los proyectos del contrato programa). En todos los equipos y con la asistencia del 90% de los profesionales.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Tras la explicación, se ha facilitado la presentación de la estrategia para uso de los centros y los profesionales, en cada centro se ha realizado la sesión correspondiente.
- Se han enviado los listados de los pacientes y se ha comprobado la recepción de los mismos y recordado la inclusión.
- Se han remitido los datos obtenidos sobre los indicadores propuestos por el Servicio Aragonés de Salud. Cumplimiento del calendario marcado y recursos empleados.

Describir las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados.

Se ha cumplido el objetivo de realizar sesiones en los centros.

Además de las sesiones realizadas en los centros de salud, se han realizado sesiones conjuntas, con profesionales de los diferentes centros de salud, representantes de la estrategia del departamento y del hospital de referencia.

- 17 de diciembre de 2018
- 12 de marzo de 2019
- 25 de septiembre de 2019

Finalidad de las sesiones:

La primera sesión realizada a finales de 2018 consistía en establecer la continuidad del proyecto, iniciar desde el inicio del 2019.

Las siguientes sesiones:

Reiterar la exposición de la estrategia para que los profesionales tuviesen la oportunidad de plantear todas aquellas cuestiones que reiteradamente nos han ido transmitiendo.

Realizar una aproximación entre ambos niveles asistenciales:

- o La coordinación entre los centros de salud y el servicio de Medicina interna está establecida en algunos centros de salud.
- o Se insistió en la pertinencia y efectividad de contar con un referente de medicina interna en cada centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado.

Con todas las actuaciones realizadas desde la Dirección se tiene una visión real de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Las circunstancias y dificultades
- El grado de implantación.

En todos los planteamientos de base, era importante que se pudiera constatar la forma de trabajo y el objetivo a alcanzar con las herramientas puestas a disposición de los profesionales (sistemas de registro).

Todos los profesionales conocen la estrategia

Todos los profesionales han valorado la situación respecto a la misma: dotación, herramientas, continuidad asistencial, referencia y comunicación con el hospital, concretamente con el servicio de Medicina interna.

Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.

En todos los centros (100%) se ha constatado que la actuación seguida por los profesionales estaba encaminada a conseguir los siguientes objetivos:

Orientar la organización de forma activa para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores.

Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial, para evitar la actual fragmentación de responsabilidades, posibilitando una mejora real del proceso.

Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Mejorar la calidad de vida y la autonomía de este tipo de pacientes.

Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.

Disminuir el número de ingresos por paciente, disminuir el número de asistencias en urgencias de los pacientes.

Disminuir el número de pacientes con fármacos de eficacia no probada o contraindicados en este tipo de pacientes.

Disminuir el número de pacientes polimedicados.

La forma de realizar el trabajo va en la línea de los objetivos de la estrategia, pero se está teniendo mayor dificultad en la utilización de las herramientas (OMI) que se han propuesto.

Los objetivos específicos:

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

- Se han realizado sesiones en todos los equipos de las patologías más prevalentes, entre ellas la insuficiencia cardiaca que además es uno de los proyectos del contrato programa, la asistencia fue del 90% de los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se ha implantado la estrategia en los centros (todos los profesionales la conocen: objetivos, expectativas, herramientas y recursos).
- Se dispone de la información relevante de cada equipo para el desarrollo de la estrategia: recursos materiales, humanos y herramientas (registros).

Recomendaciones:

- Planificación de la realización de un seguimiento periódico de la implantación de la estrategia.
- Realizar una valoración para ver el nivel de implementación alcanzado.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

Mejorar la herramienta informática que recoge el plan de intervención, con el objeto de aumentar la adhesión al registro por parte de los profesionales.

Estamos ante una estrategia importante y pertinente en cuanto a resultados en salud y desde el equipo de mejora vamos a seguir actuando e incidiendo en su implantación.

Indicadores obtenidos:

Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA = 97) que se han incluido en el programa.

A fecha de junio de 2019, un 11, 8%.

Se ha incrementado considerablemente respecto al dato de 2018 que era de un 3%.

Es un proyecto que está en la línea de la estrategia impulsada por el departamento. Actualmente nos hallamos en la fase inicial del proyecto, pero dada la pertinencia del mismo, vamos a continuar hasta lograr la implantación efectiva.

El proyecto va a estar incluido en el Contrato Programa 2020. Para un mejor control de desarrollo, se ha solicitado al Departamento que en el cuadro de mandos, se puedan ver tanto los pacientes incluidos como los pacientes incluidos a los se les ha realizado el plan de intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1322 ===== ***

Nº de registro: 1322

Título
PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICO COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, CASTAN RUIZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA CRÓNICA AP
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Continuidad asistencial
- Selección a los pacientes con más necesidades
- Responsabilizar y capacitar a los médicos y enfermeras de atención primaria
- Integración de la historia clínica
- Decisiones compartidas.
- Involucrar al cuidador
- Atención integral en los equipos (física, mental, social)

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar y detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1322

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El equipo de atención primaria realizará el seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos o síntomas guías.

Objetivos generales:

- Orientar la organización para dar respuesta a las necesidades de los PCC y sus cuidadores
- Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial
- Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación
- Mejorar la calidad de vida y autonomía de este tipo de pacientes.
- Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia
- Revisar la medicación potencialmente inapropiada o contraindicada en estos pacientes.
- Disminuir el nº de ingresos y de asistencia a urgencias de estos pacientes

Objetivos específicos::

- A- Identificación, valoración y seguimiento del paciente. Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior.
- B- Atención a las descompensaciones.
- C- Medición de indicadores base.

MÉTODO

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.

Establecer circuitos dentro del equipo para la atención del PCC.

Información/formación a los pacientes: plan de acogida y circuito.

Información/Formación a los cuidadores.

Pacientes en soledad.

INDICADORES

- Incremento de pacientes incorporados al programa del PCC respecto al año anterior. Incremento de al menos 55% de los pacientes incluidos en el programa crónico complejo (19-18) /18.
- Número de sesiones clínicas realizadas para abordar las patologías y sus descompensaciones. Superior a 30.
- Número de pacientes que acceden a la unidad por unidad de tiempo (mes).
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas (Superior al 50%).

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

Inclusión de los pacientes

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 - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES

SERRANO PERIS GLORIA DIANA

CASTAN RUIZ SILVIA

ZUECO OLIVAN GEMMA

LAFITA MAINZ SERGIO

FRAJ GARCIA NIEVES

CABRERIZO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo formación específica dirigida a la población en el Consejo de Salud de Delicias Sur, elaborando un tríptico de información a la población con ideas clave sobre qué son los antibióticos y cómo utilizarlos.

Se ha realizado una sesión formativa a los MAC del sector, para fomentar la optimización en el uso de antibióticos con una duración de 5 horas. Se realizó el 17 de junio y fue acreditada con 0,9 créditos.

Se han realizado diferentes sesiones en 2019 dirigidas a los facultativos de AP:

- 14 de marzo: Infecciones respiratorias (16 asistentes de 22 EAP).
- 28 de mayo. Reunión pediatras de AP en EAP Miralbueno: PROA-AP en Pediatría
- 13 de junio 2019. Infecciones urinarias en adultos. Reunión con responsables (14 asistentes de 22 EAP)
- 19 de septiembre: Infecciones urinarias en pediatría. Reunión con pediatras. (12 pediatras de EAP)
- 1 de octubre: Informes de utilización de antibióticos. Indicadores. (14 asistentes de 22 EAP)
- 10 de diciembre. Reunión pediatras de AP en HCU. Infecciones respiratorias en pediatría.

Se ha participado en el diseño de un estudio sobre la adecuación del uso de macrólidos en Delicias Sur

Se ha participado en el diseño de un proyecto sobre la utilización del test de la gripe en menores de 4 años en Atención Primaria

Elaboración y diseño de la campaña de optimización de uso de antibióticos sobre prescripción diferida, para su aprobación por IRASPROA.

Se ha realizado material de apoyo para pacientes en otitis y sinusitis.

Se ha cumplido el cronograma marcado en el proyecto, y se han realizado más actividades para apoyar a los profesionales

Como herramienta de difusión, se han utilizado los salvapantallas de los ordenadores de todas las consultas de AP para recordar la importancia de un buen uso de antibióticos.

-5 de mayo La lucha contra la Resistencia a los antibióticos está en tus manos. Día mundial de la higiene de manos. Una atención limpia es una atención más segura.

-10 septiembre (genérico sobre antibióticos).

-18 de noviembre: Día para el uso prudente de antibióticos. Cartel de la AEMPS

Se han establecido áreas de mejora en dos indicadores de antibióticos en todos los EAP y se han facilitado listados de utilización de antiinfecciosos en 2018 con los diagnósticos asociados a la prescripción, como base para el estudio de la adecuación del uso de antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% de profesionales de AP (médicos y pediatras) ha recibido información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

Los datos respecto a la utilización de antibióticos correspondientes al periodo enero-diciembre de 2019 obtenidos de FarmaSalud son:

- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018. Se ha alcanzado una reducción del 12,1%, al pasar de 15,7 DHD en 2018 a 14 DHD en 2019.

Macrólidos. % de macrólidos respecto al total antibióticos. Objetivo: no superar la media de Aragón (21,2%). El resultado es 18,1%, la media de Aragón es de 19,5% en 2019.

Azitromicina. Objetivo inferior a 20% de envases totales de antibióticos. El resultado ha sido 14% de envases del total de antibióticos.

DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón. El valor es del 1,6%, mientras la media de Aragón está en 2,4%.

- Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población. Se ha elaborado material y un tríptico de apoyo a la población sobre Uso adecuado de antibióticos.

• También se han preparado hojas de información sobre prescripción diferida en los procesos de otitis (pediatría) y sinusitis (adultos).

- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria: 66%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Este es el primer año en el que se disponía de informes para monitorizar la prescripción de antibióticos a nivel de profesional (CIAS médico/pediatra). Se han conseguido los objetivos fijados para los indicadores seleccionados. Es necesario seguir utilizando estos informes como feed-back a los profesionales, y detectar aquellos casos en los que se produzcan las mayores desviaciones en la utilización de antibióticos para elaborar medidas concretas que faciliten un uso más adecuado de estos fármacos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MARIA MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO, FRAJ GARCIA NIEVES, ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos (IRASPROA).

Desde 2016 existe un grupo PROA de Atención Primaria en el Sector Zaragoza III que comenzó a trabajar en coordinación con el grupo PROA del Hospital Clínico y de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica para mejorar el uso de antibióticos en Atención Primaria siguiendo las líneas marcadas por el programa IRASPROA.

Para dar continuidad a este trabajo, y a partir de las necesidades detectadas en el grupo PROA-AP del sector, es necesario seguir trabajando en la monitorización y en la formación sobre el uso de antibióticos a los profesionales, y también a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de atención primaria, mejorando la adecuación de su prescripción.

Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
Seleccionar con los profesionales indicadores a monitorizar durante el año 2019.

Difundir la información sobre indicadores de utilización de antibióticos a todos los profesionales (médicos y pediatras) del sector.

Mejorar la cultura de uso de antibióticos en la población: sensibilización respecto al uso adecuado de los antibióticos en los pacientes a través de las estructuras disponibles en los equipos de atención primaria del Sector

MÉTODO
1. Elaborar informes de utilización de antibióticos que permitan conocer el uso de antibióticos en la población.
2. Monitorizar algunos de los indicadores propuestos por el PNAN entre los profesionales de AP del Sector Zaragoza III.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0299

1. TÍTULO

AVANZANDO EN EL PROA-AP: CON LA MIRADA PUESTA EN PROFESIONALES Y PACIENTES

3. Analizar los indicadores propuestos y establecer áreas de mejora en aquellos que supongan un mayor riesgo para el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos.
4. Realizar formación específica dirigida a la población utilizando estructuras como los Consejos de Salud para su difusión.
5. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
 - a. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
 - b. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (test de estreptococo, prescripción diferida...).

INDICADORES

- % de profesionales que recibe información sobre indicadores de utilización de antibióticos.

- Antibióticos a monitorizar y objetivo 2019

DHD antibióticos totales. Objetivo reducir 2% respecto a 2018

Macrólidos. % de macrólidos (envases) respecto al total antibióticos. Objetivo: Inferior al 20%

DDD de Cefalosporinas de tercera generación respecto al total de antibióticos. Objetivo: No superar la media de Aragón (1,9%)

- Elaboración del material de soporte para las sesiones dirigidas a la población
- Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas realizadas por las farmacéuticas de Atención Primaria

DURACIÓN

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos y selección de indicadores a evaluar en 2019.

Identificación de áreas de mejora individualizadas por equipo.

Marzo: Presentación de informes de monitorización de antimicrobianos a los responsables de los EAPs.

Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector

Marzo-Diciembre: envío trimestral de los informes de utilización de antibióticos a todos los profesionales de atención primaria.

Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.

Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización de uso de antibióticos dirigidas a la población.

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 - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAS PEREZ EVA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
GARCIA CORBALAN JORDI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La cartera de servicios y los criterios de derivación a Salud Mental fueron enviados a los coordinadores de los Centros de Salud de Primaria correspondientes a nuestro Sector a finales de 2018. Dichos criterios proceden de un artículo de revisión desarrollado por el autor en la revista *Medicine*. 2011;10(85): 5786-5788, con el título "Criterios de derivación de un paciente psiquiátrico a Atención Especializada y de ingreso hospitalario".

CRITERIOS DE DERIVACION A SALUD MENTAL

IDEACIÓN Y CONDUCTA AUTOLÍTICA:

Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacitación de los médicos de atención primaria en reconocer los trastornos mentales.

Se recomienda hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida, recomendando:

1. En caso de ideación autolesiva ? derivación a la Unidad de Salud Mental si:
 - Presencia de trastorno mental grave
 - Conducta autolítica grave reciente
 - Plan de suicidio elaborado
 - Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
 - Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
 - Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
 2. En caso de episodio autolesivo ? derivación a un Servicio de Urgencias hospitalario si:
 - Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
 - Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).
- ? derivación preferente a la Unidad de Salud Mental o bien contacto directo vía telefónica con el facultativo de referencia en caso de que NO se den los puntos anteriores pero sí alguno de los siguientes:
- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
 - Presencia de enfermedad mental grave
 - Conducta autolítica grave reciente
 - Intentos de suicidio previos
 - Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
 - Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

DEMENCIA:

Se derivarán a Salud Mental las alteraciones de conducta graves que no respondan de forma adecuada al tratamiento. También es criterio de derivación la existencia de comorbilidad psiquiátrica.

DELIRIUM:

No es indicación de derivación a Salud Mental; en todos los casos de Delirium o (Síndrome confusional agudo de origen orgánico) hay una causa física subyacente que debe ser determinada por los medios adecuados.

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y/O OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

Abusos y consumos perjudiciales deben ser tratados en Atención Primaria y los síndromes de dependencia derivados por Atención Primaria a Centros Específicos.

En nuestro Sector se podrá realizar derivación a Proyecto Hombre, UASA del Hospital Provincial y CMAPA (ver Guía de recursos anexa).

ESQUIZOFRENIA:

El tratamiento de esta patología se realiza en los Servicios de Salud Mental, con derivación ordinaria en pacientes estables y ya en tratamiento. En el resto de casos se realizará derivación urgente o preferente.

Desde Atención Primaria se contribuye a:

- la adherencia terapéutica
- la continuidad de cuidados
- control de salud general
- control de efectos secundarios
- la identificación precoz de síntomas de descompensación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- vigilancia de comorbilidad con abuso de sustancias u otros trastornos
- valoración del soporte sociofamiliar.

TRASTORNO BIPOLAR:

Misma actitud que para la Esquizofrenia:

- Derivación normal: pacientes estables con tratamiento.
- Derivación preferente: hipomanía, episodio depresivo moderado o grave.
- Derivación urgente: manía, riesgo autolítico elevado.

DEPRESIÓN:

Los distintos tipos de Depresión de intensidad leve-moderada (incluida la Distimia y los Trastornos de Adaptación con síntomas depresivos) deben ser tratados en Atención Primaria, considerándose éste el medio ideal para su detección precoz, tratamiento y seguimiento en la mayoría de los casos.

1. Confiere gravedad a la depresión:

Síntomas psicóticos

Riesgo suicida

Desesperanza

Aislamiento

Abandono del autocuidado

2. Criterios de derivación a Salud Mental:

- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.

- Episodios depresivos graves con síntomas delirantes, riesgo suicida, agitación, inhibición, alteraciones conductuales o síntomas psicóticos. En estos casos se requiere tratamiento más intensivo o ingreso. Se deberá derivar a Salud Mental de forma urgente o preferente.

- Episodios Depresivos leves o moderados con las siguientes características:

Persistencia en el tiempo o recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento adecuadas.

Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica o dificultan la relación médico-paciente.

Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico.

- Depresión con síntomas marcados durante el embarazo

TRASTORNO FÓBICO:

Diferenciar si son un síndrome por sí mismos (agorafobia, fobia social, fobia específica...) o si el síntoma está enmarcado dentro de un Trastorno afectivo (en este segundo caso, actuar como se indica en el apartado correspondiente a los Trastornos afectivos).

Inicialmente se recomienda llevar a cabo el tratamiento en los Centros de Atención Primaria. Son criterios de derivación a Salud Mental:

- Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de haber instaurado un plan terapéutico adecuado; necesidad de plantear un tratamiento psicológico específico.
- Asociación con abuso de sustancias para paliar la ansiedad
- Dudas diagnósticas.

*Las fobias simples, en principio, salvo que resulten invalidantes o mermen claramente la funcionalidad del paciente, NO están incluidas en la cartera de servicios.

TRASTORNO DE PÁNICO Y DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

Es recomendable que el tratamiento se inicie en los Centros de Atención Primaria. La derivación se recomienda:

- Cuando persiste a pesar de los tratamientos pautados.
- Asociada con abuso de sustancias para paliar síntomas

*En los cuadros de estrés agudo secundarios a agresiones, valorar derivar para atención en la Oficina de Víctimas (ver Guía de recursos anexa).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO:

Derivación a Salud Mental.

TRASTORNO DE CONVERSIÓN Y DISOCIATIVO:

Se recomienda inicialmente descartar organicidad del trastorno mediante derivación al Servicio médico pertinente (Medicina Interna, Neurología...) La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
- Si por parte del paciente existe conciencia del Trastorno y motivación para el cambio, y el médico de atención primaria no se ve preparado para afrontar esa tarea.

TRASTORNO SOMATOMORFO E HIPOCONDRIACO:

Se recomienda tratamiento en Atención Primaria. Sería adecuado el contacto con un solo profesional, evitar múltiples derivaciones. Se considera indicado el tratamiento en Salud Mental en los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas
- Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.

TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO:

Se consideran tratables desde Atención Primaria excepto:

- Dudas diagnósticas
- Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber pautado tratamiento adecuado.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD:

Estos trastornos por su complejidad para el diagnóstico y tratamiento requieren de atención especializada en Salud Mental en el momento en que surgen alteraciones de conducta relevantes.

En Atención Primaria el médico debe contar con la información necesaria para sospechar el diagnóstico y a partir de ahí derivar, generalmente de forma ordinaria (a no ser que se satisfagan criterios de derivación preferente) a Salud Mental.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA:

Se derivará a Salud Mental. Existe dispositivo específico de tratamiento en nuestra Comunidad, pero la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

derivación debe realizarse través de Atención Especializada.

Desde Atención Primaria se controlará la situación física del paciente. Será motivo de derivación preferente un IMC menor o igual a 16 kg/m², especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida.

También se le envió la actualización de las Guía de recursos de Salud Mental de 2018.

GUÍA DE RECURSOS DE SALUD MENTAL

JUVENTUD, ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Centro Municipal De Promoción de la Salud (de 12 a 29 años)

C/ Pedro Garcés de Añón N°3-5 Tf 976726043

DROGAS- ALCOHOL

- Unidad de Tratamiento de Adicciones, Hospital Provincial (Salud)

C/ Ramón y Cajal 68, Tf 976175261

- Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA). Atienden también ludopatía y adicción a nuevas tecnologías.

Avda Pablo Ruiz Picasso, 59. Tf 976724916

- Centro Solidaridad Zaragoza, Proyecto Hombre.

C/ Manuela Sancho 3-9. Tf 976200216.

TARABIDÁN (Perfil juventud)

C/ Lucero Del Alba, 2. Tf 976331775.

- Cruz Roja Española

C/ Allué Salvador, 8. Tf 976158795

VIOLENCIA DE GÉNERO

- Instituto Aragonés de la Mujer.

Dispone de numerosos servicios de atención a la mujer (entre ellos violencia de género: 900504405) y también

servicio de atención psicológica para hombres (Programa Espacio).

Paseo María Agustín N° 16- 5ª planta. Tf 976716720

- Casa De La Mujer Zaragoza.

C/ Don Juan de Aragón, 2. Tf 976391116.

- Atención víctimas de abusos sexuales Vicki Bernadet

Plaza San Miguel 13, 5ª izda. Tf 654762730

FAMILIA

- Servicio de Orientación y Mediación Familiar Vía Universitat, 36-3 planta. Tf 976716790

- AINKAREN Asociación en Defensa de la Vida (Casa Cuna)

C/ Fray Julián Garas, 1. Tf 976387286

- Agresiones y violencia de cualquier tipo:

Oficina de atención a las víctimas, Ciudad de la Justicia (acompañamiento a juicios, gestión de denuncias, información, ayudas...)

Avda José Atarés, 89

Edificio Fueros de Aragón, Escalera B. Planta 1. Tf 976208459.

VIOLENCIA INTERPARENTAL (Hijos a padres)

- FAIM, Fundación para la Atención Integral del Menor.

C/ Doctor Alejandro Palomar 10. Tf 976378261

- MEDIFAM Asociación de Mediación y Orientación Familiar.

(hacen terapia familiar privada). Tf 630167910

- Espacio Visiones

C/ Mayoral, 39. Tf 976435272

DEMENCIA:

- Programa de apoyo al cuidador, Fundación Federico Ozanam

C/Ramón Pignatelli, 17. Tf 976 443366

ASOCIACIONES:

DEMENCIA: AFEDAZ

C/ Monasterio de Samos, 8, Zaragoza. Tf 976412911

info@afedaz.com

TRASTORNO DEPRESIVO: AFDA

Asociación trastornos depresivos Aragón, C/ Honorio García Condoy 12. Tf 976379024.

TRASTORNO BIPOLAR, ATBAR (Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón)

C. Cívico Almozara, planta 3

Avda Puerta Sancho, 36, Zaragoza

Viernes de 18 a 21 horas.

FIBROMIALGIA, ASAFA: Asociación Aragonesa de Fibromialgia y fatiga crónica

Coso 67 esc 1, 1º A. Tf 976207941

CÁNCER, AECC. Apoyo psicológico a los pacientes con cáncer.

C/ Rebojería, 20-22. Tf 976295556

zaragoza@aecc.es

TABAQUISMO:

- Unidad de Tabaquismo FMZ. Tf 976762515

- CMAPA (programa específico tabaquismo "Lo dejo"). Tf 976724916

LUDOPATIA, AZAJER

C/ Rioja, N° 9. Tf 976200402

TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA, ARBADA

Paseo Sagasta 51, 5º Izdo. Tf 976389575

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EL VOLCÁN (apoyo a familiares)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

C/ Ventura Rodríguez 14 Bajo. Tf 976276437

En el mes de mayo se realizó una sesión clínica de coordinación en el centro de atención primaria (CAP) de Valdefierro, sobre el manejo de los antidepresivos y se revisaron los criterios de derivación, además se procedió a la reevaluación de algunos casos clínicos. Posteriormente se acudió al CAP de Miralbueno con el mismo objetivo. En este caso además de la presentación de los distintos psicofármacos empleados en los trastornos afectivos, se indicó las dificultades con las que nos encontrábamos en la Unidad de Salud Mental (USM) a la hora de un abordaje más integral del paciente con trastorno mental.

Quedan pendientes para 2020 las próximas citas en los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Épila correspondientes a nuestro Sector.

También se han realizado revisión de pacientes con trastorno mental grave con los distintos profesionales de Atención Primaria y en algún momento se ha coparticipado en sesión de especializada junto con compañeros de Primaria.

Además, hemos intentado potenciar la interconsulta telefónica en determinados pacientes mejorando con ello la accesibilidad a nuestras consultas. En definitiva, durante los últimos meses a través de la interconsulta virtual hemos recibido una mayor información, lo cual nos ha permitido priorizar determinados pacientes dándoles una mejor atención siendo menor el número de interconsultas donde se sugería la derivación a otros recursos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El número de pacientes que derivados desde el 1 de abril al 31 de diciembre a el Centro de Salud Mental de Delicias desde Atención Primaria han sido un total de 956, incluyendo a los que habían sido derivados a psicología

2. El número de pacientes a los que se les ha dado cita o están pendientes de la misma entre esos mismo meses son 786.

3. Por tanto el 82,3% de los pacientes que han sido derivados han sido citados en nuestra Unidad

4. Siendo la evolución de las derivaciones la siguiente:

abril 101
mayo 106
junio 104
julio 86
agosto 94
septiembre 123
octubre 125
noviembre 122
diciembre 95

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como ya he comentado anteriormente, hemos acudido a dos de los 6 centros de referencia que tenemos asignados, quedando pendientes los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Epila. Para ello, necesitamos tiempo no sólo para llevar a cabo la reuniones pertinentes, si no para poder evaluar de una manera más objetiva los resultados obtenidos, dado que el beneficio de nuestras intervenciones son a largo plazo. Además debemos aportar nuevos temas docentes de interés relacionados con la Salud Mental que permitan un mejor abordaje de estas patologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1136 ===== ***

Nº de registro: 1136

Título
COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
SEVA FERNANDEZ ANTONIO, VILLAS PEREZ EVA, SANCHEZ LAZARO CARMEN, MARTIN MARTINEZ CARMEN, MARTINEZ VERA MARIA TERESA, GARCIA CORBALAN JORDI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1136

1. TÍTULO

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de derivaciones al centro de salud mental (CSM) se realizan a través del médico de atención primaria (MAP). Es imprescindible mejorar la coordinación entre todos dado que la demanda de consulta es cada vez más elevada, recibiendo derivaciones de cuadros clínicos leves u otros ya en resolución, que desbordan nuestra lista de espera en detrimento de la atención que precisan los pacientes con trastorno mental grave (TMG). Con este programa buscamos dotar a los MAP de recursos en atención y tratamiento de estos procesos. Para ello seguimos las recomendaciones del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), que establece entre sus líneas la recomendación, entre otras, de priorizar diseños y gestionar procesos de coordinación asistencial entre atención primaria y atención especializada

RESULTADOS ESPERADOS
I. Crear una vía de comunicación fluida entre los Atención Primaria y Salud Mental que facilite la coordinación en casos complejos
II. Formar a los MAP en materia del manejo de los cuadros de patología mental común/leve para su abordaje eficaz desde Atención Primaria.
III. Apoyar y asesorar en el tratamiento y seguimiento de dichos trastornos
IV. Intentar reducir la lista de espera en CSM para poder ser más ágiles en la respuesta a la demanda

MÉTODO
· Ofrecer sesiones cuatrimestrales de coordinación en cada uno de los centros de atención primaria (Valdefierro, Delicias Sur, Oliver, Miralbueno, La Almunia, Épila)
· Sesiones clínicas y teóricas dirigidas a médicos de Atención Primaria en distintos ámbitos.
· Revisión de casos del Centro de Atención Primaria y del Centro de Salud Mental
· Interconsulta telefónica (estableciendo horario fijo a convenir) o por correo electrónico
· Posibilidad de videoconferencia con las zonas rurales

INDICADORES
1. Evolución del número de derivaciones de los centros de atención primaria
2. Tratamiento previo a la derivación por el MAP
3. Número de contactos establecidos, bien a través de llamadas telefónicas o correos electrónicos.
4. Evaluar grado de satisfacción del MAP

DURACIÓN
Cronograma:
· Inicio del proyecto: abril de 2019, organización de primeras reuniones con CAP
· Mayo de 2019: Primer contacto presencial
· Junio a noviembre de 2019: visitas periódicas de facultativos de nuestro CSM a CAP. Sesiones formativas a convenir
· Evaluación del trabajo e indicadores: diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE EVA VILLAS PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEVA FERNANDEZ ANTONIO
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
GARCIA CORBALAN JORDI
MARTIN MARTINEZ CARMEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
GRACIA PELIGERO EVA MARIA
BELDA HIJANO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar fue fundamental la elaboración de fichas específicas que permitieran la recogida de datos de una forma sistematizada. Las fichas constaron finalmente de un total de 59 ítems (31 preguntas troncales; 6 de ellas, en caso de respuesta afirmativa, dan paso a 19 preguntas de múltiple respuesta). Están divididas en cuatro apartados: 3 ítems para datos de filiación (número de historia clínica, edad y género), 16 ítems sobre datos sociales y psicobiográficos (apoyo familiar, historia laboral, ayudas económicas...), 20 ítems sobre antecedentes psiquiátricos (datos previos a su seguimiento en nuestro CSM como procedencia, antecedentes familiares, consumo de tóxicos previo...) y 20 ítems sobre la patología en curso (tipo de clínica, diagnóstico, oferta de derivaciones a dispositivos específicos, derivaciones efectivas, tratamiento, cumplimiento del tratamiento...).

Por otro lado, cada profesional de nuestra USM (psiquiatras y MIR, psicóloga, enfermera, trabajadora social) elaboró un listado con todos aquellos pacientes de etnia gitana atendidos entre los meses de marzo (fecha de la puesta en marcha del proyecto) y noviembre, ambos inclusive, de 2019.

De forma paulatina se cumplimentó una ficha para cada uno de esos pacientes: a través de los datos ya recogidos en sus historias clínicas para los pacientes ya conocidos en la Unidad, así como de los nuevos datos aportados en las entrevistas realizadas con el profesional correspondiente en el periodo referido.

Por último se procedió a la creación de una tabla Excel que permitiera la organización y análisis de los datos recogidos. Realizamos al análisis de los resultados obtenidos a lo largo de los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019 fue de 45 (contabilizamos un único paciente independientemente del número de visitas que hubiera realizado cada uno de ellos en ese periodo).

Por tratarse de un proyecto con un objetivo por ahora puramente descriptivo, planteamos indicadores de actividad y no de impacto. El indicador propuesto fue el siguiente: Nº de fichas cumplimentadas respecto al total de pacientes de etnia gitana atendidos entre marzo y noviembre de 2019.

Consideramos ficha "cumplimentada" aquella en la que se conocen al menos un 80% del total de ítems propuestos. Tenemos en cuenta que el número total de ítems para cada paciente varía en función de sus respuestas; esto es, en pacientes con respuestas negativas en las preguntas de acceso a subpreguntas/preguntas de respuesta múltiple, el número total de ítems a evaluar será menor. Se rellena una única ficha por paciente independientemente de las veces que haya sido visitado el paciente en ese periodo.

El objetivo propuesto fue lograr un mínimo de 70% de fichas "cumplimentadas". De los 45 pacientes atendidos, se logró la cumplimentación de al menos un 80% de ítems en todos los pacientes. Esto es, se lograron 100% de fichas cumplimentadas, logrando así alcanzar el objetivo propuesto.

En cuanto a algunos de los datos más reseñables obtenidos del análisis descriptivo, podemos exponer que: Un 51,1% de la muestra son varones frente al 48,9% de pacientes mujeres. La edad media es de 44,16 (DT ± 12,62). Un 65,9% de la muestra está casado y la media del número de hijos es 2,69. Un 88,9% describen un buen apoyo por parte de su núcleo familiar y un 66,9% viven una situación socioeconómica problemática. En un 22,2% constan antecedentes de problemática legal. El CAP Oliver es el ambulatorio de referencia de la mayoría de la muestra (59,1%).

En cuanto a su historia psiquiátrica, 10,78 es la media de años que hace que iniciaron seguimiento en nuestro CSM. El 48,9% de la muestra ha mantenido su seguimiento sin interrupción alguna desde su inicio, frente al 51,1% que sí lo han interrumpido en alguna ocasión (24,5% hasta en un mínimo de tres ocasiones). En 51,1% de pacientes se recogen antecedentes psiquiátricos familiares. En cuanto al consumo de tóxicos, el 25% de la muestra reconoce haber consumido cannabinoides, seguido de un 13,3% de alcohol de forma abusiva, un 13,3% de psicoestimulantes y un 8,9% de opiáceos.

Respecto a la clínica que motiva la consulta existe un claro predominio de sintomatología ansiosa (60% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

muestra), seguido de sintomatología afectiva (35,6% de la muestra) y conductual (17,8% de la muestra). Los diagnósticos más frecuentes son Trastorno afectivo (40%), Trastorno ansioso (37,8%) y Trastorno de la personalidad (22,2%). Un 8,9% cumplen criterios de Trastorno por consumo de tóxicos y un 6,7% de Trastorno psicótico. En un 15,5% de la muestra el facultativo responsable reconoce haber sospechado un Trastorno facticio, y en el 24,4% de casos reconoce haber tenido dudas a la hora de dar un diagnóstico. Son una minoría los pacientes a los que se les ha ofrecido derivación a otro dispositivo (el 33,3%), siendo el más habitual Hospital de Día (11,1%) seguido de unidades específicas de dependencias (8,9%). Los fármacos mayoritariamente pautados son los antidepresivos (hasta en un 80% de la muestra) y los ansiolíticos (73,3%), seguidos de los antipsicóticos orales (28,9%) y antiepilépticos/estabilizadores (22,2%). Sólo una paciente de toda la muestra está en tratamiento con litio, y ningún paciente lo está con antipsicóticos de liberación prolongada. Se considera que el 54,5% de la muestra conoce bien su tratamiento, siendo adecuado el cumplimiento en un 55,6% de los pacientes valorados. En un 35,6% la toma es irregular o existe una mala cumplimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que este primer estudio del perfil clínico de la población gitana (en lo que conocemos, único hasta la fecha) es imprescindible para poder lograr una atención específica y eficaz a esta población. Se trata de un trabajo sencillo, con una recogida de datos que forma parte de nuestra actividad clínica diaria (la entrevista clínica es herramienta fundamental de trabajo en Salud Mental), de bajo coste, fácilmente replicable y sencillamente ampliable a cualquier otra Unidad.

Como aspectos a mejorar planteamos los siguientes:

1. Si bien se ha logrado cumplir con el objetivo planteado (recabar información útil y analizarla), la necesidad de ceñirnos a unos plazos de entrega deja pendiente, en primer lugar, el poder completar la recogida de datos durante al menos un año y no únicamente durante nueve meses. Con ello la muestra hubiera sido mayor y los resultados hubiesen tenido una mayor relevancia. Consideramos que un periodo de un año nos hubiera aproximado a poder introducir en el estudio al total de los pacientes que mantienen historia clínica abierta en el centro, puesto que algunos de ellos mantienen visitas de revisión anuales.
2. Queda pendiente también unir a los datos recabados en nuestra USM los recogidos desde la Unidad de Psicopatología del Servicio de Psiquiatría del HCU.
3. Una vez estudiados los datos recabados, consideramos que resultaría muy interesante comparar los datos obtenidos en el estudio actual con otra muestra de similares características de pacientes no gitanos. Sería ésta la forma definitiva de discernir si existen diferencias clínicamente significativas que confirmen esa "patoplastia particular" de la etnia gitana que planteábamos como hipótesis en el punto de partida de nuestro trabajo.
4. Y por último: resultaría necesario introducir en el equipo de trabajo un profesional con conocimientos y experiencia en informática y estadística que pueda colaborar en la ampliación de la base de datos y el estudio de la misma.

Restaría finalmente poner en marcha una segunda fase que nos lleve a lograr el objetivo último de ésta línea investigadora (atención específica y eficaz a pacientes gitanos). Para ello proponemos la posterior puesta en común de los resultados obtenidos con profesionales de la salud que atienden a estos pacientes en otros ámbitos (fundamentalmente Atención Primaria y Servicios Sociales, así como otras Unidades dentro de los Servicios de Psiquiatría) y la posible creación de programas específicos de atención a esta etnia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1298 ===== ***

Nº de registro: 1298

Título
ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Autores:
VILLAS PEREZ EVA, SEVA FERNANDEZ ANTONIO, GIL HERNANDEZ NIEVES, GARCIA CORBALAN JORDI, MARTIN MARTINEZ CARMEN, PAMPLONA FONDEVILA SUSANA, GRACIA PELIGERO EVA, BELDA HIJANO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Resulta compleja la atención psiquiátrica a pacientes pertenecientes a la etnia gitana. Existen grandes dificultades diagnósticas (la experiencia clínica pone de relevancia una patoplastia peculiar sobre la que no encontramos tan apenas bibliografía ni estudios), y es complicada la planificación de tratamientos, pues topamos con una barrera transcultural que limita nuestra intervención, entre otros, por el rechazo de estos pacientes a gran parte de los recursos que se les ofrecen.

Todo ello lleva a no lograr evoluciones satisfactorias en buena parte de estos pacientes, incluso a no lograr siquiera una adecuada continuidad asistencial. Consideramos que existen una barrera transcultural que resulta insalvable si no logramos una mejor comprensión de su forma de vivir y expresar la enfermedad mental. Para ello resulta indispensable un estudio exhaustivo de las características clínicas de este perfil de pacientes que nos permita ampliar información y así lograr una atención específica y eficaz en esta población. Proponemos un programa que constituiría una primera fase imprescindible de acercamiento, estudio y análisis de una población particular y en gran medida desconocida, para poder así asentar las bases de cara a la creación de un programa de atención específico y necesario, de atención a en Salud Mental a etnia gitana.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Recoger en una base de datos estructurada y fiable a los pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM.
2. Hacer una recopilación de datos demográficos, clínicos, sociales y psicobiográficos.
3. Hacer con ello un estudio descriptivo fiable.
4. Lograr un mejor conocimiento de la patoplastia del paciente gitano en Salud Mental.
5. Lograr finalmente una atención específica y más eficaz en este perfil de paciente
6. Asentar las bases para una segunda fase del programa: contacto con Atención Primaria y Servicios Sociales; exposición de resultados y creación en coordinación con ellos de un programa específico de intervención comunitaria y atención especializada a etnia gitana que facilite la adecuada derivación, adhesión y tratamiento de esta población.

MÉTODO

Participarían los pacientes de etnia gitana con cita concertada en nuestro CSM entre marzo de 2019 y noviembre de 2019, bien en visitas de primer día o en visitas de revisión. La recogida de información se realizará a través de entrevistas directas mantenidas en esas visitas a nuestro CSM.

A través de la elaboración de fichas específicas, los datos registrados en las historias clínicas (sociodemográficos, diagnóstico, años de evolución, tratamientos ensayados, derivación a otros dispositivos, continuidad del seguimiento...) serán sistematizados de cara a facilitar su análisis.

Por medio de un programa de cálculo estadístico se procederá al análisis de los mismos y a la interpretación de los resultados.

Contactaremos con Servicios Sociales municipales y Atención Primaria para compartir los resultados, poner en común las dificultades y plantear la creación de un programa específico de atención en Salud Mental a paciente de etnia gitana.

Contamos además con el interés mostrado por la Unidad de Psicopatología del Hospital Clínico Universitario en nuestro proyecto.

INDICADORES

- nº de pacientes de etnia gitana atendidos en nuestro CSM entre marzo y noviembre de 2019
- nº de fichas cumplimentadas con información recabada de las historias clínicas
- nº de ítems de cada ficha cumplimentados (fichas e ítems por definir a lo largo del programa que proponemos)
- nº de centros de atención primaria y servicios sociales contactados para la exposición y puesta en común de la información.

DURACIÓN

- Marzo 2019 a noviembre 2019: recopilación de historias clínicas y recogida/ampliación de datos.
- Abril 2019: creación de fichas específicas para la sistematización de datos
- Diciembre 2019: análisis descriptivo de los datos recogidos en las fichas; análisis de resultados.
- Enero 2020: contacto con Servicios Sociales Municipales y Atención Primaria, puesta en común de la información.
- Febrero 2020, creación de programa específico de intervención comunitaria y atención específica en salud mental a población gitana.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1298

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA ETNIA GITANA EN SALUD MENTAL

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 - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO TARI GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLAROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
PEREZ PASCUAL MANUEL
PEÑA JUAN ISABEL
GASCON RICARTE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimiento de criterios para ingresar en el Programa
Se realiza la selección de usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los criterios establecidos.
Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa (12), disponiéndose de una serie de datos base que nos permita observar la evolución de los usuarios a lo largo del Programa durante el año 2020.

Los indicadores establecidos eran los siguientes:

- N° de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- N° de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ N° total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.

Hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación de las actividades de la vida diaria (Escala Bels), ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos ampliado los indicadores para tener unos datos base que nos permita evaluar más discriminadamente el Programa

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1310 ===== ***

N° de registro: 1310

Título
PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON TMG (TRASTORNO MENTAL GRAVE)

Autores:
TARI GARCIA ANTONIO, GARCIA MARCO ISABEL, GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA, VILLAROYA LACILLA MARIA, JUAN GONZALVO NATIVIDAD, PEREZ PASCUAL MANUEL, PEÑA JUAN ISABEL, GASCON RICARTE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención domiciliaria permite que aquellas personas con cierto grado de autonomía puedan permanecer en sus domicilios o en la comunidad, evitando ingresos en unidades residenciales y respetando el derecho de las mismas a un proyecto de vida independiente.

Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

Su finalidad es ofrecer servicio de supervisión, de entrenamiento o de autocuidado compensatorio, tanto de cuidados personales como de entorno, y detección precoz de estadios de pre-crisis o de situaciones de recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS

POBLACIÓN DIANA

Usuarios y usuarias del CD con dificultades para poder vivir de modo autónomo en la comunidad y vinculados a los dispositivos comunitarios de rehabilitación del Sector III que viven solos en su domicilio o pensión, o a aquellos que si bien conviven con sus padres debido a la edad de éstos se prevé que en un espacio no muy prolongado en el tiempo se encontrarán solos/as.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

1. Ofrecer atención en el entorno natural de las personas que sufren TMG
2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados definidos en el plan rehabilitador establecido en el CD
Para cumplir estos objetivos es necesario conocer las capacidades y dificultades de autonomía de las personas atendidas en el CD.

Detectar necesidades no cubiertas en los recursos de alojamiento para su cobertura a través de los recursos sociales comunitarios

Evaluar las capacidades de los usuarios/as y realizar una preparación para las habilidades domésticas y para la vida autónoma.

Seguimiento y supervisión de pacientes ya integrados en pisos.

Proporcionar atención y apoyo sanitario en aquellos casos de mala adherencia al tratamiento y/o escasa conciencia de enfermedad con el fin de detectar precozmente crisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.

2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado

2. Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria).

3. Elaboración y cuidado activo de la salud.

4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

Se propone para el Contrato de gestión del 2019 este Proyecto que tratará de cubrir estas necesidades detectadas.

El Programa acogerá a doce pacientes de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

MÉTODO

Se realizará la selección de los pacientes destinatarios a partir del estudio de necesidades de apoyo domiciliario.

El programa incluirá:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un P. I. T. que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

INDICADORES

- Mantenimiento de la autonomía en el área residencial
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

DURACIÓN

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.

Evaluación de necesidades de asistencia domiciliaria de los pacientes atendidos en los Programas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1310

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

rehabilitación de los dispositivos comunitarios de Rehabilitación del Sector III (Centro de Día Romareda y C. Ocupacional Delicias. Mes de abril 2019).
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación (Finales de abril 2019)
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

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 - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN FERRER DUFOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
VILLAROYA LACILLA MARIA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
GIL PARDOS BELEN
MARIN BERGES MARTA
RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas suponen la puesta en marcha del programa, según la orientación que se detalló en a memoria, si bien algunos indicadores no se pueden valorar todavía, ya que la demora en la entrega de los pisos donde debían vivir los usuarios hace que estemos todavía muy en el inicio de este, por lo que no podemos cuantificar si eso va a suponer una reducción de incidentes desfavorables o una mejora sustancial en la percepción de la calidad de vida.

Se han cumplido sin embargo todas las actividades de preparación del programa, se ha derivado a los usuarios a este y se han dado los primeros pasos para procurar la mejor adaptación a su nueva situación.

las actividades realizados son:

A. Establecimiento y cumplimiento de criterios para ingresar en el Programa

La inclusión de los usuarios en el Programa Residencial, se ha basado los dos tipos de criterio establecidos en la memoria, unos de carácter general y otros específicos para cada caso y recurso:

1. Como criterios generales para entrar en el programa se han incluido en este a personas que:

- necesiten apoyo residencial, por carencia o inadecuación de su red social, como consecuencia de padecer alguna enfermedad mental de carácter grave (preferentemente psicosis),
- no tengan acceso a otras prestaciones residenciales de carácter general,
- sean usuarios o usuarias de los servicios públicos de salud mental
- acepten, con un grado razonable de voluntariedad, las condiciones del programa
- y, no presenten, de manera permanente, hábitos y/o trastornos de conducta que distorsionen gravemente la convivencia, ni necesidades de atención sanitaria que no puedan prestarse habitualmente en régimen ambulatorio.

2. Como criterios específicos, dependientes del dispositivo o subprograma concreto en que van a recibir atención hay que añadir que dichas personas:

- se adapten al grado de apoyo específico definido en cada caso,
- acepten las condiciones económicas establecidas, que deben formalizarse en un contrato individual,
- y cuenten con un plan concreto de seguimiento y apoyo sanitario.

B. Realización de la elección de los tres usuarios susceptibles de entrar en el Programa en base a los siguientes criterios:

- Evaluación funcional de su problemática en las diversas áreas de la vida cotidiana
- Diseño del PIR con especial relevancia en el área de habilidades para la vida independiente.
- Coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y recursos sociales.

C. Evaluación funcional dirigida específicamente a las capacidades necesarias para garantizar una adecuada permanencia en el piso.

D. Planificación de intervenciones y realización de las primeras actuaciones.

- Reuniones individuales con los usuarios
- Reunión con familiares y de coordinación con otras instancias
- Creación de espacios de coordinación del equipo multidisciplinar implicado
- Primeras visitas al domicilio, con distribución de tareas, planificación de visitas, vinculación de los usuarios a centros comunitarios de atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido los primeros datos de los indicadores del 100% de los integrantes del Programa, disponiéndose de una serie de elementos base que nos permitirán observar la evolución de los usuarios a lo largo del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

Programa durante el año 2020.

Los indicadores establecidos eran los siguientes:

- N° de usuarios que siguen manteniéndose viviendo en su domicilio desde el inicio del programa.
- N° de pacientes del Programa ingresados en dispositivos de UME o ULE/ N° total de pacientes del programa
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención, evaluado con el cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) utilizado en la evaluación de los recursos residenciales de la Comunidad Autónoma andaluza.
- y hemos incorporado un nuevo indicador: Evaluación del nivel de habilidades para la vida diaria, ya que nos permitirá evaluar los cambios personales al vivir autónomamente.

La puesta en marcha del programa puede considerarse cumplida en su totalidad, si bien aun no podemos valorar los indicadores propuestos dado que el retraso en la cesión de los pisos hace que la incorporación de los usuarios al piso sea muy reciente.

Hemos duplicado nuestro objetivo inicial, ya que hemos incorporado al programa a tres usuarios más que venían siendo seguidos desde el CRP y que en estos momentos, al ir a vivir a una nueva vivienda, pasan al depender de este programa de pisos de reciente creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración de la puesta en marcha del programa es positiva, identificamos como principal dificultad la falta de una política planificada de sector que permita un mejor aprovechamiento de los recursos, no hay más que mencionar que de los tres pisos en estos momentos a nuestro cargo, cada uno de ellos está ubicado en zonas muy alejadas unos de otros, diferentes sectores y zonas de salud, lo que reduce la optimización del uso de los recursos, obliga a la multiplicación de las reuniones de coordinación y complica en la medida en que lo diversifica el recursos a servicios comunitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1333 ===== ***

Nº de registro: 1333

Título
PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON T.M.G. Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONOMICOS

Autores:
FERRER DUFOL CARMEN, GARCIA MARCO ISABEL, GIMENEZ NAVARRO MARIA ROSA, VILLAROYA LACILLA MARIA, JUAN GONZALVO NATIVIDAD, GIL PARDOS BELEN, MARIN BERGES MARTA, RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen dificultades en la externalización de pacientes de UME y ULE por no disponer de las alternativas residenciales suficientes y dado su escaso nivel de renta y la inexistencia de un núcleo familiar no tienen fácil acceso a una vivienda digna.
Ante la escasez de plazas en los dispositivos concertados que pueda suplir estas carencias, desde los recursos propios del CRP intentamos dar respuesta a estas necesidades complementando los recursos concertados para esta finalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la autonomía del paciente en todos los ámbitos que se encuentra deficitaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

- Favorecer la integración y permanencia a la vida independiente en la comunidad.
- Completar la recuperación social a través de dar soporte y trasladar las intervenciones rehabilitadoras al entorno más adecuado.
- Dar apoyo y supervisión a las necesidades básicas de la vida cotidiana en el mantenimiento de la vivienda y cuidado de la persona.
- Apoyo en el cuidado de la salud y adherencia al tratamiento.
- Soporte en gestiones sociales.
- Favorecer el restablecimiento de las relaciones sociales y de la vida laboral.

En base a la cesión de dos viviendas por parte de la Dirección General de Vivienda del Gobierno de Aragón podemos atender a tres pacientes que están pendientes de alta de la UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar. Dicho Programa cuenta con la colaboración de los profesionales de UME y ULE del CRP Ntra Sra del Pilar y podrá ser implementado con un esfuerzo suplementario de las tareas habituales que ya realiza la plantilla actual de los equipos de los dispositivos comunitarios de rehabilitación.

El objetivo final del proyecto es garantizar la recuperación funcional en el ámbito del hogar y poder estabilizar la posibilidad de una vida autónoma en los pacientes asignados.

MÉTODO

Gestión de la Dirección del CRP Ntra Sra del Pilar con la Dirección General de Vivienda para facilitación de viviendas que permitan la externalización de pacientes actualmente ingresados.

Acompañamiento en la adaptación de las viviendas para el uso confortable de las mismas.

Selección de los pacientes destinatarios, que se ajusten mejor a este tipo de programa.

Integración del usuario en un programa de apoyo y seguimiento en el domicilio que incluya:

- Evaluación completa que contenga las necesidades de estabilización clínica, mantenimiento de la salud, sociales, familiares, económicas, etc.
- Diseño de un Plan individualizado de tratamiento que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.
- Mantener la vinculación a los dispositivos de rehabilitación.
- Mantener la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Mantener coordinación con los recursos sociales.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado: esta área está directamente relacionada con el estilo personal, hábitos y costumbres.
2. Habilidades para la vida diaria.
3. Elaboración y cuidado activo de la salud.
4. Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y el afrontamiento de problemas.

INDICADORES

- Mantenimiento de la autonomía residencial.
- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados
- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en UCE (N.º de ingresos 2 años antes de la intervención / N.º de ingresos tras 2 años de intervención)
- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente

DURACIÓN

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.

En abril y mayo se habrán realizado previamente las gestiones necesarias para disponer de la vivienda en condiciones hasta ser dados de alta del CRP Ntra Sra del Pilar. En el momento en que dichas condiciones estén garantizadas, se incorporaran al Programa de rehabilitación del Centro de Día Romareda.

Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación.

Puesta en marcha del Subprograma a partir de junio del 2019.

Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1333

1. TÍTULO

PROGRAMA DE AYUDA AL ACCESO A LA VIVIENDA NORMALIZADA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y AUSENCIA DE RECURSOS ECONÓMICOS

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 - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL PEREZ BERGES
· Profesión TCAE
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION DE PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ALVAREZ MARIA DEL CARMEN
LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Desde que se presentó el proyecto el equipo se ha reunido varias veces con el fin de confeccionar el folleto hacer las imágenes contrastar con todos los protocolos del CRP de la Comisión de Calidad, del Procedimiento de contención mecánica/ inmovilización terapéutica del HCU, los cursos realizados y los obtenidos en internet para así adecuarlo más breve al taller propuesto.

Como ya se dijo en el proyecto había una necesidad en la unidad cuando se incorporaba nuevo personal que esté fuera operativo en circunstancias graves de una contención mecánica, este personal o bien no había contenido nunca o, aunque había contenido no lo había hecho con pacientes agitados.

Se da la paradoja que el personal no ha hecho cursos en el Salud debido a su carácter temporal y de interinidad.

Algunos de ellos no conocían los materiales a utilizar, aunque era personal veterano en la sanidad pero había trabajado en otros servicios que no se contiene al paciente, y no sabían cómo se ponían estos materiales. Las actividades realizadas fueron debido a que, por motivo vacacional, sustitución o nuevas incorporaciones, se da no como un curso porque los cursos los hace el Salud sino un taller para familiarizarse con la situación, el material y la manera de colocarlas y realizarlas.

Cada primer miércoles de mes en horas de salida de pacientes al exterior se aprovechaba para dar este taller aunque muchas veces no estaba el personal veterano para hacerlo se posponía para otro día.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO

Ha sido riguroso aun cuando en ocasiones el miércoles proyectado no se pudo dar por alguna causa se puso otro día de la semana y a veces varios días en la misma semana.

Desde junio que empezó a venir el personal de verano, se ha continuado con el personal sustituto de los traslados y del personal de ILT han ido incorporándose al taller y lo ha hecho hasta hoy el 100% del personal.

RECURSOS EMPLEADOS:

La habitación de contención siempre en cada turno tiene que estar preparada para el taller como si fuera para una contención, habitación ventilada, ventana cerrada, temperatura de la habitación adecuada y guantes para el personal que va a hacer la contención.

Los objetos que haya en la habitación se comprobará que estén fijos y los que no se usen se retiran.

El material dispuesto para el taller: cama, cinturones, muñequeras, tobilleras, etc. Pinchos, tetones, imanes.

En el folleto distribuido se explica cómo se pone cada uno de ellos y una vez ojeado y leído por la persona que da el taller se pasa a la práctica en el que un compañero o compañera hace de paciente para que se pueda practicar.

DESCRIBIR LAS ACCIONES REALIZADAS DE CARA A COMUNICAR A PROFESIONALES Y PACIENTES EL PROYECTO Y SUS RESULTADOS

El equipo que formó el proyecto se ha visto ayudado por la Dirección de enfermería que ha llevado a los otros tres pabellones la información que se ha dado en UME Alonso-V.

Dentro del pabellón Alonso- V se informó del taller a los psiquiatras y enfermeros que le han dado el visto bueno y aceptado como una de las tareas pendientes en el pabellón.

El personal que ha entrado recientemente debido a la movilidad entre centros también lo ha hecho.

En Alonso V se ha informado a los profesionales de nueva incorporación lo han asimilado como una enseñanza más de las tareas del pabellón.

INDICAR SI SE HA ELABORADO ALGÚN TIPO DE MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

El folleto: A cada profesional que ha hecho el taller se le ha dado un folleto en el cual aparte de explicar sobre todo el porqué, el cómo y para qué se contiene se ha hecho hincapié en la seguridad y tranquilidad del paciente dando una serie de explicaciones de cómo tiene que estar la habitación a la hora de la contención, el trato con el paciente y la coordinación con los compañeros a la hora de realizarla.

Varias fotografías explicando cómo se debe poner el material al paciente y para qué zona del cuerpo están indicadas.

Se hace hincapié que se fijen en la manera de realizar la contención mirando las fotografías y con este material se lleva a la práctica siempre con un compañero del equipo dispuesto a dejarse contener.

La contención y el tipos de contención depende lo que disponga el facultativo y cómo se encuentra el paciente: COMPLETA O PARCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEÑALAR EL RESULTADO ALCANZADO Y SU RELACIÓN CON EL ESTÁNDAR MARCADO:

El taller lo ha hecho el 100% del personal al que iba dirigido en UME Alonso-V:

- Personal de verano
- Personal de sustitución
- Personal en prácticas de TCAE
- Personal en prácticas de Enfermería
- Personal EIR salud mental
- Residente de Psiquiatría que no había contenido nunca.

Dirección de enfermería nos comunicó que en los Pabellones Infanta, 5º Pabellón, 6º Pabellón También se dieron al personal sustituto y de verano con esta misma metodología.

INDICAR EL IMPACTO DEL PROYECTO.

La acogida del personal al que va dirigido este taller ha sido muy buena pues en todo momento ha habido una cooperación importante, alguna de estas personas ha querido repetir no una sino varias veces hasta que ha estado segura de que lo hacía con soltura. Respecto a los estudiantes de prácticas se comunicó a los tutores en el centro y estuvieron de acuerdo por ser conveniente para su formación.

INDICADORES UTILIZADOS:

1-INCLUYENDO SU FUENTE

- . Se parte del protocolo de la Comisión de Calidad Z2-245-15 del CRP Ntra. Sra. Del Pilar.
- . Procedimiento de Contención Mecánica/Inmovilización terapéutica del HCU.
- . Curso de contención mecánica impartido por Dirección del centro CRP
- . Los cursos que el equipo ha ido haciendo impartidos por el Salud.

2-MÉTODO DE OBTENCIÓN

- A- personal veterano que hay en el turno el día señalado para ayudar en el taller
- B- personal al que va dirigido el taller dispuesto a hacerlo.
- C- cantidad de días y horas que se imparte el taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Indicar una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.

Para los componentes del equipo de mejora las actividades realizadas han sido bastante productivas nadie se ha negado a hacer la actividad y todos se han ido con buenas impresiones como se ha dicho anteriormente algunos han repetido varias veces y así se han asegurado de cómo hacer una buena intervención.

Quedan pendientes algunos compañeros que debido a no poder utilizar esta habitación por estar ocupada se les ha pospuesto para la próxima vez que vengan ejemplo el personal pull que ha estado estas navidades

Aportar información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación Sería conveniente que se repitiera todos los años y así todo el personal que venga al pabellón se sienta capaz de ayudar en caso de contención, los compañeros se sentirán más tranquilos y seguros sabiendo que entre todos se dará una respuesta efectiva dando así confianza al paciente de saber que este personal está en condiciones de atender con seguridad al paciente que por alguna necesidad pudiera ser contenido, siempre el paciente contenido ha dado las gracias al terminar esa situación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1246 ===== ***

Nº de registro: 1246

Título
PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UME ALONSO-V PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCIÓN

Autores:
PEREZ BERGES MIGUEL ANGEL, ASENSIO FERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ALVAREZ CARMEN, LATRE LATRE TERESA, LAPEÑA MARTINEZ ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1246

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO BASICO DE CONTENCIÓN MECANICA EN UME-ALONSO PARA EL PERSONAL NUEVO O DE SUSTITUCION

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Debido a la necesidad de realizar contenciones mecánicas en la unidad como parte de nuestro trabajo en UME y observando deficiencias entre el nuevo personal contratado (nuevas incorporaciones, sustituciones ILT, vacaciones, etc.) y debido a la especificidad tanto del paciente de salud mental como de la técnica a realizar en situaciones complejas.
Consideramos esta iniciativa oportuna, útil y necesaria para favorecer la seguridad tanto del paciente como del profesional y equipo

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la confianza de los profesionales tanto del personal antigua como de nueva incorporación a la hora de realizar la contención.
-Mejorar la seguridad del paciente
-Mejorar la seguridad del personal que la realiza y de la unidad

MÉTODO
-Se editará un folleto con indicaciones básicas en el que se informe de los pasos a seguir en la contención. cómo ha de estar la habitación (temperatura etc), material a utilizar y como se ha de utilizar el material.
-Situación del paciente en la contención
-Prácticas con el personal incorporado por lo general el primer miércoles de cada mes o cuando la oportunidad lo requiera

INDICADORES
-Numero de practicas en el programa.
-Numero de personal en la actividad

DURACIÓN
-Periodos vacacionales (junio a octubre)
-Siempre cuando haya personal de sustitución o apoyo

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 - 2019/0943

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ANDRES MARTIN GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME ALONSO V
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAGUNA MARTINEZ CRISTINA
GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA
JORCANO PEREA ANGELES
VIDALLER ESCUDERO OLGA
LAPENA MARTINEZ ASUNCION
LATRE LATRE MARIA TERESA
GRACIA TABUENCA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

10 SESIONES SEMANALES DE 1 HORA DE DURACIÓN LOS MARTES A LAS 11,30 DEL 15 DE OCTUBRE AL 17 DE DICIEMBRE.
SE HA EMPLEADO MATERIAL AUDIOVISUAL CON EL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PROENFA MODIFICADO.ORDENADOR Y PROYECTOR.
REALIZADO EN LA SALA DE GRUPOS DE LA UME ALONSO V.
SE HA COMUNICADO EN REUNIONES DE EQUIPO Y DE FAMILIARES EL RESULTADO DEL PROGRAMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS RESPECTO A LA PLANIFICADAS 10/10----100%

NÚMERO DE FAMILIAS/SESIÓN QUE HAN ASISTIDO RESPECTO A LAS QUE MANIFESTARON LA INTENCIÓN DE VENIR 64/90-----71,1%

NÚMERO DE FAMILIAS A LAS QUE SE OFERTÓ POR CARTA O TELEFÓNICAMENTE 14.

NÚMERO DE FAMILIAS QUE SE COMPROMETIERON A PARTICIPAR 9

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS HA SIDO ALTA 71%

HAN MANIFESTADO VERBALMENTE QUE LES HABÍA AYUDADO A ENTENDER MEJOR LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Y A AFRONTAR DE FORMA MÁS ADECUADA ALGUNAS SITUACIONES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/943 ===== ***

Nº de registro: 0943

Título
PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP Nª SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Autores:
MARTIN GRACIA ANDRES, LAGUNA MARTINEZ CRISTINA, GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA, JORCANO PEREA ANGELES, EMBID GENE GEMA, LAPENA MARTINEZ ASUNCION, LATRE LATRE TERESA, GRACIA TABUENCA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0943

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP NTRA SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

PROBLEMA

Se detecta que hay familias de pacientes que ingresan en el CRP que manifiestan que no han tenido acceso a Psicoeducación familiar
Es importante que las familias de los pacientes tengan conocimientos del TMG para entender la enfermedad y afrontar adecuadamente las dificultades en la convivencia que puedan surgir.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento del TMG por parte de las familias de los pacientes ingresados en el CRP
Manejo adecuado de la convivencia familiar con un paciente con TMG
Disminuir los sentimientos negativos de las familias(culpa,impotencia,etc)

MÉTODO

Sesiones semanales de psicoeducación familiar en el CRP
Difusión por escrito a las familias de los pacientes

INDICADORES

Número de familias a las que se ofertan los grupos de Psicoeducación
Número de familias que participan en los grupos de psicoeducación
Número de sesiones realizadas respecto a las planificadas

DURACIÓN

De enero a junio de cada año a partir de 2019.
21 sesiones semanales de 1 hora de duración
Participan en la realización del grupo psiquiatras,psicólogas,enfermería,trabajo social y terapia ocupacional.

OBSERVACIONES

A las familias se les permite acabar el grupo de psicoeducación aunque su familiar haya sido dado de alta antes de que acabe el grupo.

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 - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ALFREDO JIMENEZ BERNADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREGO ESTELLA VICENTE
GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
LEAL CARIÑENA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un ámbito general, el SALUD, evaluó en 2018 nuestro proyecto y la Consejería aprobó en 2019 la actualización de la Cartera de Servicios para incorporar la Técnica de Cirugía Citorreductora y Peritonectomías asociada a quimioterapia intraperitoneal (técnica de Sugarbaker) en pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) cuyo origen fuese Mesotelioma Peritoneal, Pseudomixoma Peritoneal (apendicular y ovárico), Cáncer de Ovario, Apendicular, Colon-Recto y Gástrico. Desde el pasado mes de noviembre de 2018 se puso en marcha un periodo de formación en centros de reconocido prestigio nacional y de este modo, a lo largo de estos meses, se han ido desplazando a dichos centros de referencia, profesionales seleccionados por los distintos Servicios del Hospital Clínico (cirujanos, oncólogos, radiólogos, anestesiólogos, ginecólogos, enfermería, etc.). Tras este periodo de formación y acreditación, el Hospital Clínico adquirió la bomba de circulación extracorpórea y de perfusión de HIPEC (Performer HT). Paralelamente, en junio de 2019 el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza ha sido reconocido como el único centro de Aragón en ser miembro del GECOP. Para auditarnos constantemente, estamos incorporando nuestros resultados al registro nacional del GECOP incluido en internet:
<http://registrogecop.seoq.org>

En un ámbito más particular, los pacientes son atendidos en distintas zonas dentro de nuestro hospital según el momento, por ello se hace indispensable la integración de un Gestor de Casos. El Gestor de Casos de la Unidad de COP es una enfermera que trabaja en estrecha colaboración con los médicos y el resto del equipo.

Se ha constituido un Flujoograma que deben seguir todos los pacientes con el esquema general del Proceso COP (ver Proyecto presentado).

Se han realizado unas recomendaciones para la toma de decisiones ante situaciones clínicas específicas de CP.

Se han desarrollado un Modelo hoja de canalización/centralización/derivación de ayuda a los colegas profesionales de otros centros de Aragón. Además se ha creado una cuenta mail carcinomatosis@salud.aragon.es donde los profesionales pueden enviar la documentación que consideren necesaria en relación a la presentación de los casos en el Comité Multidisciplinar de COP.

Se ha realizado una Sesión Hospitalaria de CP en el Hospital Clínico Lozano Blesa el pasado 28 noviembre 2018 con la colaboración del Dr. David Pacheco (Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital Río Hortega de Valladolid).

En los últimos meses hemos acudido progresivamente a todos los centros de nuestra Comunidad Autónoma para presentar de una forma más cercana el proyecto elaborado en nuestro hospital y de esta forma que nuestros colegas puedan aportar todas las ideas posibles para ayudarnos a que la canalización y tratamiento de los pacientes con CP en Aragón sea lo más eficaz posible.

Se ha escrito un Tríptico-Modelo de Guía para el paciente donde se explican los aspectos y las dudas más frecuentes. Esta guía se entrega en mano a los pacientes y sus familias en la consulta ambulatoria. En dicha Guía para el paciente con CP se hace especial hincapié que, si tiene alguna sugerencia, duda o necesita más información, nos lo comunique en cualquier fase del proceso.

Se ha desarrollado un Plan de cuidados de enfermería:

- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso.
- Plan de actuación de la Unidad de Estomatología.
- Plan de cuidados de enfermería al paciente ostomizado (Tríptico informativo).
- Registro de enfermería prequirúrgico y de acogida al bloque quirúrgico.
- Preparación del Quirófano en COP.
- Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP durante la hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Hospitalización.
- Informe de continuidad de cuidados Enfermería Ostomías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

Se ha creado un Modelo de protocolo quirúrgico COP insertado actualmente en el programa HP-Doctor.

Se ha realizado un protocolo de preparación del quirófano en COP con las actividades del personal interviniente encaminadas a la preparación del quirófano, de la medicación, sistemas de protección y control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

Se ha elaborado un protocolo con los recursos materiales necesarios para desarrollar este tipo de intervenciones. Como medidas destacadas:

- 1) Anestesia
 - Gasto cardiaco, presión arterial invasiva y temperatura central (con monitor Most-Care).
 - BIS o similar tipo SedLine.
 - Termómetro esofágico.
 - Tromboelastógrafo.
 - Resto relacionado con anestesia ver "Protocolo de Anestesia en la Cirugía Citorreductora y Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC)".
- 3) Material y equipo general
 - Tubo anillado aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Tubing Covidien)
 - Filtro para aspirador de humos (preferiblemente Rapid Vac-Ulpa Filter Covidien)
- 4) Aparataje
 - Bomba HIPEC (preferiblemente "Performer HT")
 - Equipo de aspiración de Humos (preferiblemente Rapid Vac-Smoke Evacuador Covidien con tubo de aspiración y cable interlink para equipo ForceTriad)
 - Embudo aplanado por un lado con conexión para 22mm. diámetro (Ref: K000-0687.0)
- 5) Para HIPEC
 - Colocar carteles en accesos de "Prohibido Pasar" o "Quimioterapia en Curso"
 - Batas Reforzadas de varios tamaños (L, M, XL) tipo Foli Dress-gown
 - Mascarillas de protección FFP 3
 - Guantes extralargos (tipo Naturflex-Gine) y especial citostáticos (tipo Berner-Manu Z+/B+)
 - Gafas protectoras policarbonato
 - Funda de escopia para radiología de 91 x 76 para proteger campo quirúrgico (Coliseum)
 - Equipo HIPEC preferiblemente "HAN & GO HT"
 - Equipo HIPEC preferiblemente "HAN & GO Basic"
 - Contenedores grandes para material biopeligroso (Azul)

Observaciones

- Todo se realizará con las máximas condiciones de asepsia
 - El instrumental al terminar la intervención se colocará en bandejas y se pondrá dentro de contenedores herméticos para enviar a lavado y esterilización.
 - Después de su contaje correcto, las gasas, compresas así como todo el equipo de cobertura y todo lo relacionado con la HIPEC, se depositará en los contenedores de "biopeligroso" cerrándolos después para ser retirados una vez finalizada la intervención.
- Criterios para su evaluación
- Registrar en las distintas hojas de enfermería las actividades realizadas y anotar si ha existido alguna incidencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el día 4 de febrero de 2019 que fue el primer día que comenzamos a discutir los primeros pacientes en el Comité de Tumores de COP, se han presentado un total de 45 pacientes. La localización del tumor primario causante de la CP fue: 19 casos de adenocarcinoma de colon, 14 casos de ovario primario (todos estirpe epitelial-serosa), 7 casos de apéndice cecal, un caso de adenocarcinoma gástrico, un caso de GIST gástrico, un caso de proceso linfoproliferativo, un caso de strumosis peritoneal y un caso en el que la carcinomatosis peritoneal no llegó a filiarse.

Se decidió realizar cirugía radical citorreductora (CRS) en 15 pacientes, 8 de los cuales al ser de origen colo-rectal y según nuestra política de actuación llevaron HIPEC asociada. En 9 pacientes se planteó una laparoscopia/laparotomía exploradora de entrada y 4 pasaron a CRS dentro de los 15 pacientes ya comentados. Dentro del grupo de pacientes a los que se les indicó realizar en el Comité de Tumores CRS (15 pacientes), 6 fueron hombres (40%) y 9 (60%) mujeres. La mediana de edad en este grupo fue de 64.1±6 años. De ellos, 3 (20%) presentaban un riesgo ASA II, 11 (73.3%) riesgo ASA III y 1 paciente (6.7%) un riesgo ASA IV. Respecto a las pruebas de imagen, el TAC tóraco-abdomino-pélvico fue el gold estándar al realizarse en el 100% de los pacientes con CRS, el PET complementó a la TAC en el 53.3% de ellos (8 pacientes) y la laparoscopia en 2 (13.3%).

Respecto a la localización y estirpe tumoral del grupo de CRS: 7 casos de adenocarcinoma de colon (46.7%), 4 casos de ovario primario seroso (26.7%), 3 casos de apéndice cecal (20%) 2 de ellos adenocarcinoma convencional y uno mucinoso, y un caso de sarcomatosis peritoneal (recidiva de un GIST gástrico) (6.7%).

La QT neoadyuvante utilizada (10 pacientes, 66.7%) se basó en Oxaliplatino y anticuerpos monoclonales en función del estado mutacional K-ras para los casos de adenocarcinoma de colon y apéndice y basada en Carboplatino y Taxol en los casos de ovario.

El Índice de Carcinomatosis Peritoneal (PCI) fue de 12±5.5 y el número de procedimientos de 5±1.5. En más del 90% de los casos (93.3%) hubo que asociar algún tipo de resección intestinal (85.7%) de estos casos, hepática (21.4%) y de otros tipos (esplenectomía, suprarenalectomía, exanteración pélvica completa o posterior

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

modificada) en el 50% de los casos.

Se realizó quimiohipertermia intraoperatoria (HIPEC) según técnica de Coliseum abierta y basada en Oxaliplatino en los casos que se consideró oportuno a criterio del equipo quirúrgico (8 pacientes, 53.3%) pero siempre en pacientes con adenocarcinoma de colon o de origen apendicular. La duración en todos los casos fue de 30 minutos respetando el protocolo excepto en un caso que por problemas técnicos de la máquina de perfusión se mantuvo 15 minutos.

La duración media de la CRS fue de 420±90 minutos y en ningún caso se transfundieron hemoderivados a los pacientes en el mismo acto quirúrgico.

El grado de citorreducción fue completo (CC-0) en el 93.3% de los casos.

Respecto a los resultados a corto plazo (morbimortalidad postoperatoria a 90 días), una paciente (6.7%) falleció (Clavien Dindo V) como consecuencia de una perforación vesical, 4 (26.7%) sufrieron complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV) y 59 (73.3%) presentaron una evolución favorable sin complicaciones significativas. De los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 14.5±9.5 días. 2 de los pacientes reingresaron en los primeros 90 días tras la CRS con complicaciones menores Clavien-Dindo I-II.

Respecto a los resultados a largo plazo, de los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte de CRS, el tratamiento QT adyuvante tras la CRS fue administrado a 4 pacientes (28.6%) mientras que 10 (71.4%) no recibieron este tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 3.93±2.1 meses y ningún paciente ha mostrado recurrencia de la enfermedad por lo que todo está vivos y libres de enfermedad. No obstante, estos últimos resultados hay que tomarlos con cierta cautela dado el corto seguimiento de los pacientes a día de hoy.

Los indicadores que se muestran a continuación se han obtenido de Barrios P, Ramos I, Escayola C, Martín M. Implementación y desarrollo de un programa de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal en Cataluña.

Indicaciones y resultados clínicos con la técnica de Sugarbaker. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.

El criterio tiempo de demora desde el conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superó los 7 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 7 días desde el conocimiento por el médico responsable y su presentación en el Comité. N° pacientes presentados después de 7 días tras el conocimiento por el médico responsable/ N° total de pacientes presentados en el Comité X 100.

El criterio consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía, se desarrollarán el mismo día se cumplió en el 70% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes tendrán las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día. N° de pacientes que no tienen las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día/N° total de pacientes con confirmación de COP X 100.

El criterio tiempo de demora desde la confirmación de que procede COP hasta la realización de cirugía citoreductora (CC)+/-HIPEC, no superó los 30 días en ningún caso. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 30 días desde la confirmación de COP y la realización de CC+/-HIPEC. N° pacientes con CC+/-HIPEC realizada después de 30 días tras la confirmación del diagnóstico/N° total de pacientes con confirmación de COP a los que se les realiza CC+/-HIPEC X 100.

El criterio tiempo transcurrido desde la toma de piezas quirúrgicas de COP hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica, fue inferior a 10 días en el 40% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes no superará los 10 días desde la toma de las muestras de la COP hasta la recepción del informe. N° de informes recibidos después de 10 días de la toma de muestra/N° total de informes de Anatomía Patológica de pacientes con COP X 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Todos los casos serán revisados por el Comité Multidisciplinar de COP
2. Una vez conocido el paciente por parte del médico responsable, será presentado en el Comité Multidisciplinar de COP con una demora media inferior a 7 días naturales.
3. Tras la presentación del caso en el Comité de COP, el Coordinador asignará un facultativo quirúrgico responsable del paciente.
4. Una vez aceptado el paciente para COP, será citado en las consultas ambulatorias del facultativo responsable con una demora media inferior a 10 días naturales.
5. Si el Comité Multidisciplinar decide que el paciente tiene indicación de COP, el paciente es citado de forma presencial a la consulta de Cirugía General o Ginecología, dependiendo del tipo de tumor primario. Dicho facultativo junto con el Gestor de Casos, comprobarán que al paciente se le realiza el estudio preoperatorio protocolizado para COP, ya sea del Sector III u otro diferente.
6. El estudio general que deben tener todos los pacientes para su evaluación en el Comité de COP debe incluir obligatoriamente un TC Tórax-abdomen-pelvis con contraste oral e intravenoso y un PET-TC si sospecha de diseminación extraperitoneal. En la medida de lo posible el informe radiológico debe de valorar el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI). Se realizará una colonoscopia a todos los pacientes subsidiarios de COP, salvo en los casos de CP por Pseudomixoma peritoneal.
7. Para facilitar la correcta derivación se ha elaborado un documento con los criterios específicos de derivación que se debe adjuntar y cumplimentar.
8. Para evitar molestias al paciente y su familia, el/la Gestor/a de Casos junto con el facultativo responsable, supervisarán que las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrinología (nutrición) y Ostomías (si procede), coincidan en el mismo día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

9. El/la Gestor/a de Casos informará al paciente sobre el procedimiento, la preparación previa a la intervención y le planteará la existencia de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática (apoyo psicológico). De forma coordinada con el facultativo quirúrgico responsable, también se le informará de los diferentes recursos que ofrecen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) (pisos de acogida, etc.) para su logística y la de su familia antes y después de la cirugía.
10. En la consulta presencial del facultativo quirúrgico responsable el paciente será informado de la cirugía, firmará el Consentimiento para la Intervención correspondiente a su patología y entrará en la Lista de Espera Quirúrgica. Una vez incluido el paciente en la lista de espera quirúrgica para COP, será intervenido con una demora media (días naturales) inferior a 30 días naturales.
11. Acto seguido, será remitido a la consulta de Anestesia prequirúrgica para realizar la Prehabilitación y a la consulta de Endocrinología (nutrición).
12. Los pacientes susceptibles de ostomía, deben ser valorados por la enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia.
13. Haya sido sometido o no a laparoscopia previa, tras la valoración en la consulta de Endocrinología y Anestesia, el facultativo quirúrgico asignado por el Coordinador repasará la historia clínica del paciente y confirma la intervención quirúrgica.
14. Posteriormente, dado que se trata de un tratamiento muy específico, se avisará a la Subdirección Médica para que consensuar la fecha de la intervención.
15. Una vez establecida la fecha se informará al Servicio de Farmacia de las características clínicas del paciente y de la fecha de intervención. El mismo día de la intervención se enviará a primera hora de la mañana la orden de prescripción.
16. El ingreso hospitalario se realizará por el Servicio de Admisión (planta baja) y en las camas asignadas al Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (2ª planta, habitaciones 218 a 234), independientemente del origen del tumor y a ser posible en habitación individual.
17. Tras el ingreso en la planta de hospitalización, se realizará por la enfermera responsable la apertura de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada (ver Anexo VI: Plan de cuidados de enfermería en pacientes con COP al ingreso).
18. Todos los pacientes serán sometidos antes de la intervención a preparación del colon, profilaxis tromboembólica y profilaxis antibiótica según el protocolo existente en nuestro servicio. La enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia realizará el marcaje de la ostomía durante el ingreso.
19. La cirugía programada se llevará a cabo en un quirófano específico.
20. El personal interviniente (Enfermeros/as, auxiliares y celadores), llevarán a cabo toda la preparación protocolaria del quirófano: preparación de la medicación, sistemas de protección (suelos, guantes, batas, mascarillas, etc.), control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica y preparación del paciente (medias de compresión, protección de puntos de apoyo, manta calor/frío, etc.).
21. Las enfermeras adscritas al quirófano de COP, deberán cumplimentar junto con el anestesista y cirujano responsable del caso el documento correspondiente al "Check-List", aprobado en nuestro hospital desde hace.
22. Intervención quirúrgica: citorreducción tumoral (pelvipéritonectomías según Técnica de Sugarbaker) asociada QT bidireccional (intravenosa y HIPEC) en casos seleccionados. Deberá realizarse una cirugía con carácter radical (citorreducción quirúrgica mediante las técnicas de peritonectomías pertinentes) en todos los casos.
23. En los casos seleccionados, la quimioterapia intravenosa intraoperatoria se administrará según las pautas establecidas por el oncólogo responsable del caso. Deberá realizarse QT bidireccional intravenosa intraoperatoria asociada a la HIPEC en los casos seleccionados por el Comité Multidisciplinar de COP.
24. En los casos seleccionados, la HIPEC, se aplicará la técnica de Coliseum previa toma de medidas especificadas por la Unidad de Riesgos Laborales.
25. Tras la cirugía el cirujano principal cumplimentará un protocolo quirúrgico estandarizado, la hoja para el estudio anatomopatológico y los impresos del estudio bioquímico/microbiológico de las muestras realizadas.
26. Postoperatorio inmediato (UCI).
27. Al alta de la UCI, el paciente volverá a una de las camas asignadas dentro del Servicio de Cirugía General (2ª planta).
28. La enfermera responsable abrirá de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada en la planta de hospitalización.
29. En casos seleccionados, el Área de Psiquiatría Psicosomática para pacientes oncológicos, ha desarrollado un programa individualizado de apoyo psicológico para el paciente y familia.
30. Alta hospitalaria (informe del facultativo quirúrgico responsable, enfermera responsable y estomaterapeuta si procede).
31. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica con una demora máxima de 10 días.
32. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

7. OBSERVACIONES.

Estamos pendientes de la acreditación por parte del SALUD de que el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa sea acreditado como el único centro de referencia para todo Aragón en el tratamiento multidisciplinar de todas las patologías relacionadas con la COP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/49 ===== ***

Nº de registro: 0049

Título
CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)

Autores:
JIMENEZ BERNADO ALFREDO, BORREGO ESTELLA VICENTE MANUEL, GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, GONZALEZ MORAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: neoplasias malignas del peritoneo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón, tradicionalmente se han estado derivando a los pacientes con CP para su tratamiento a hospitales de otras comunidades, con la carga emocional y económica que esta externalización conlleva. Esta carga económica no solo grava al SALUD, sino que también merma la economía de los propios pacientes que sufren la enfermedad y de sus familiares.

En España hay más de 30 hospitales acreditados por el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP) y es llamativo que comunidades como Baleares, Navarra y Asturias a pesar de tener menos población que Aragón, poseen desde hace tiempo un programa multidisciplinar de CP en sus hospitales.

Aragón no ha querido seguir dando la espalda a esta realidad y desde la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, el Dr. Vicente Borrego, el Dr. José Antonio Gracia y yo (Dr. Alfredo Jiménez), nos propusimos hace tiempo consensuar a todos los servicios implicados en el manejo de esta patología porque creíamos era un proyecto indispensable en Aragón.

Tras haber solicitado, consensuado y superado un periodo de formación/acreditación en el tratamiento de esta patología con el Dr. Pedro Barrios en el Hospital Moisés Broggi (Barcelona), pretendemos poner en marcha el programa y establecer al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza como centro de referencia en Aragón del Tratamiento Multidisciplinar de la CP.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar de forma centralizada un programa de atención especializada a los pacientes afectados por neoplasias malignas del peritoneo en Aragón, para ofrecerles las mejores opciones terapéuticas, basadas en el tratamiento multidisciplinar con Cirugía Citorreductora Radical (CRS) y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en casos seleccionados donde el Comité Multidisciplinar lo considere oportuno.

Definir y sistematizar las actuaciones que se deben realizar para conseguir que nuestros pacientes reciban un tratamiento multidisciplinar de calidad, bien coordinado y eficiente.

Buscar en todo momento el trato de excelencia centrado en el paciente abordando la enfermedad no sólo desde el punto de vista técnico sino también humano, estableciendo como un objetivo prioritario la seguridad de la paciente.

Proporcionar una asistencia integral a los pacientes diagnosticados de CP obteniendo resultados clínicos satisfactorios y seguros con la asistencia dispensada.

Conseguir de forma protocolizada un diagnóstico y tratamiento eficaz, rápido y eficiente, evitando la repetición de pruebas y variabilidad no deseada de la práctica clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0049

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL

MÉTODO

idem

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS:

- Morbilidad/mortalidad en postoperatorio inmediato a 90 días
- Estancia media hospitalaria
- Supervivencia global/supervivencia libre de enfermedad (recurrencia) a 1-3-5 años

INDICADORES DE PROCESO:

- N° sesiones multidisciplinarias realizadas. En más del 90% de los casos la frecuencia será semanal/quinquenal en función de la presencia de casos.
- N° sesiones en la que asiste al menos un miembro por Servicio Clínico participante. En más del 90% de los comités la totalidad de los Servicios participantes estarán representados.
- N° informes registrados en Intranet/Hp Doctor. Objetivo 100%.

INDICADORES DE RESULTADO:

- Tiempo demora desde conocimiento por parte del médico responsable hasta su presentación en el Comité de COP, no superará los 7 días. El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde conocimiento por el responsable y su presentación en Comité

$$\frac{\text{Nº pacientes presentados después de 7 días tras conocimiento del responsable}}{\text{Nº total pacientes presentados en el Comité}} \times 100$$

- Consultas Cirugía General/Ginecología/Anestesia/Endocrino/ Ostomía, serán el mismo día. El 85% de pacientes tendrán las consultas el mismo día

$$\frac{\text{Nº pacientes sin consultas el mismo día}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP}} \times 100$$

- Tiempo demora desde confirmación de que procede COP hasta la realización de CRS+/-HIPEC, no superará los 30 días. El 85% de los pacientes no superará los 30 días desde confirmación de COP y realización de CRS+/-HIPEC

$$\frac{\text{Nº pacientes con CRS+/-HIPEC realizada después de 30 días tras diagnóstico}}{\text{Nº total pacientes con confirmación de COP con CRS+/-HIPEC}} \times 100$$

- El tiempo transcurrido desde toma de piezas de COP hasta recepción informe Anatomía Patológica (AP), será inferior a 10 días. El 85% de pacientes no superará los 10 días desde la toma muestras de COP hasta la recepción del informe

$$\frac{\text{Nº de informes recibidos después de 10 días de la COP}}{\text{Nº total informes de AP de pacientes con COP}} \times 100$$

DURACIÓN

Comienzo Marzo 2019 y duración ilimitada (tras los primeros 25 casos el Servicio Aragonés de Salud-SALUD auditará la consecución de objetivos y criterios de calidad planteados en el proyecto).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MORENO CHULLILLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ MARTA
BONAFONTE ARRUGA ELENA
LANAU ARILLA MARIA PILAR
SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN
GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN
BURILLO FUERTES PILAR
VALLE GUILLEN SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante este periodo se detallan a continuación.

- Se realizó una Auditoria Interna del servicio donde se detectaron desviaciones de la Norma, y se procedió a corregir dichas desviaciones:
 - La desviación más importante detectada se refirió a la mala identificación del paciente a transfundir en la unidad de cuidados intensivos, al guardar la pulsera en la historia clínica del paciente en vez de estar colocada en la muñeca.
Se procedió a realizar una modificación del protocolo estableciendo la obligatoriedad de colocar la pulsera en todos los pacientes excepto aquellos con imposibilidad absoluta, a los que se les adheriría en una zona adecuada.
- Formación y puesta en marcha de la comprobación de grupo en cabecera en aquellos servicios de alto consumo de hemoderivados y que todavía no lo realizaban (Hematología, Oncología, Digestivo, Urología y Traumatología). Con esto queda implantada la comprobación en cabecera en prácticamente todo el HCU Lozano Blesa (más del 90% de los pacientes transfundidos en nuestro hospital quedan controlados por la comprobación de grupo en cabecera).
- Se ha realizado una Sesión Hospitalaria para todo el personal médico del HCU sobre Seguridad Transfusional.
- Se han realizado sesiones formativas continuadas para el personal técnico del Servicio de Transfusiones, así como para el personal de enfermería de las unidades clínicas dirigidas tanto a la actualización de protocolos como a formación en seguridad transfusional.
- Durante el primer semestre de 2019 se realizó la Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones, estableciéndose los Objetivos del año, además de realizar una revisión y aceptación de toda la documentación.
- En el mes de julio se llevo a cabo la Auditoria Externa por la Entidad de Certificación CAT y se establecieron un total de 2 "No Conformidades" y 2 Recomendaciones, resueltas y puestas en práctica en breve espacio de tiempo y concediendo el Certificado de Calidad CAT con fecha de septiembre de 2019.

Toda la actividad ha sido realizada por la Comisión de Transfusiones y el Servicio de Transfusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El numero de hemocomponentes desechados totales por Caducidad + Desecho, ha sido de 232 hemocomponentes de los 10064 recibidos desde el BSTA, suponiendo un 2,3%. Los hemoderivados caducados han supuesto un 1,76% y los desechados un 0,53%. Dichos datos confirman una adecuada gestión de los recursos hematerápicos y conseguir que el desecho total anual se situó por debajo del 2% se considera óptimo para nuestro centro. Estos resultados son debidos a la implicación de todo el Servicio de Transfusiones y de las unidades clínicas en la política de gestión de hemoderivados.
- Durante el presente año se han obtenido un 100% de resultados correctos en el Control de Calidad de Inmunoematología Avanzado de la SETS (Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular).
- Durante el año 2019 se han realizado un 63,67% de Escrutinios frente a un 36,33% de Pruebas cruzadas completas. Importante parámetro que condiciona un mejor manejo de los stocks de hemoderivados y contribuye a una minimización de caducidades.
- Se ha conseguido durante los últimos años una mejora importante de la cumplimentación de los documentos relacionados con solicitud y trazabilidad de la transfusión y en este último año se han cumplimentado correctamente mas del 98% de las solicitudes.
- A pesar del incremento de notificaciones al sistema de hemovigilancia, no se ha llegado a 34/10000. Quizás este sea uno de los puntos a tener en cuenta para la mejora de calidad de la transfusión en nuestro hospital y plantear una acción de mejora.
- Obtención de la Certificación CAT por parte del HCU Lozano Blesa en Septiembre de 2019 como objetivo fundamental
En el momento actual prácticamente el 100% de las Unidades Clínicas de más consumo de hemoderivados han implantado la comprobación de grupo en cabecera, haciendo mucho mas improbable la transfusión de componentes ABO incompatibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la consecución de la Certificación de calidad de mas alta exigencia den lo referente a la Medicina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Transfusional, podemos sentirnos orgullosos en el HCU Lozano Blesa y nos sirve de plataforma para continuar incrementando la Calidad de dicho tratamiento en nuestro centro. Este incremento de la Calidad contribuye a una mayor seguridad en la atención a nuestros pacientes y a conseguir una atención médica del máximo nivel. Esto no es mas que el punto inicial de un OBJETIVO superior para alcanzar la posibilidad de que en nuestro centro se puedan desarrollar terapias del mas alto nivel de complejidad en lo referente a Trasplante Hematopoyético, Terapia Celular y Terapia con CART-T, para lo cual deberíamos poder obtener una Certificación de Calidad de la Unidad de Aféresis terapéutica. Este será el próximo objetivo de nuestro Servicio de Transfusiones (Obtención Certificación CAT de la Unidad de Aféresis Terapéuticas). Como punto a mejorar queda la comunicación de los efectos adversos graves de la transfusión, para lo cual se plantea una acción formativa a llevar a cabo en todos los servicios por parte de los miembros de la Comisión de Transfusiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1337 ===== ***

Nº de registro: 1337

Título
CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

Autores:
MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO, VICENTE LOPEZ MARTA, BONAFONTE ARRUGA ELENA, LANAU ARILLA MARIA PILAR, SERAL GARCIA BEGOÑA BELEN, GONZALVO LIARTE MARIA CARMEN, BURILLO FUERTES PILAR, VALLE GUILLEN SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proceso de transfusión clínica es La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.

Una cadena de acontecimientos integrados que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Su objetivo es conseguir un uso adecuado de la sangre: el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada.
Seguro: sin reacciones adversas ni infecciones.
Clínicamente eficaz: beneficia al paciente.
Eficiente: sin transfusiones innecesarias, la transfusión se realiza cuando el paciente la necesita.

El proceso transfusional implica a una cadena de profesionales que comienza con la indicación de la transfusión, continúa con la comunicación al paciente y la obtención del consentimiento informado, la realización de las pruebas cruzadas (transporte de muestras y de las unidades preparadas) y la administración en la unidad clínica correspondiente, así como la valoración de la eficacia y de los posibles efectos adversos.

Aún tratándose una terapia utilizada frecuentemente no está exenta de riesgos, así que la adecuada indicación y la correcta gestión en cada una de las fases permitirá minimizar los riesgos inherentes a la terapia transfusional.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar mejoras en la calidad del proceso de transfusión clínica, que se define del modo siguiente: La transfusión de la unidad de sangre adecuada al paciente correcto en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas.
• Reducir el número de hemocomponentes desechados a < 2%.
• Reducir la desviación de los resultados obtenidos en el control de calidad externo con el fin de mejorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1337

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL USO OPTIMO DE LA SANGRE O MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSION SANGUINEA

la precisión de los parámetros procesados y alcanzar más del 98% de corrección.

- Incrementar a más del 50% de escrutinios para reducir el número de hemocomponentes con prueba cruzada mayor para reducir stocks de hemocomponentes reservados.
- Mejorar la cumplimentación de la solicitud de hemocomponentes para alcanzar una corrección de solicitud transfusional a > 90%.
- Alcanzar la media nacional de notificaciones de incidentes transfusionales (34/10000 transfusiones) realizando formación en hemovigilancia durante el próximo periodo.
- Optimizar el uso de plasma y conseguir un índice de transfusión de plasma superior al 91% para no tener acumulación de hemoderivado y minimizar caducidades.
- Minimizar el número de concentrados de hematíes caducados a menos del 2%.

Para la consecución de los objetivos se trabajará en todas las transfusiones, implicando a servicios médicos y quirúrgicos en las diferentes partes del proceso que les afecten, siendo el Servicio de Transfusiones y la Comisión de Transfusiones los responsables del impulso de las acciones previstas.

MÉTODO

- 1.- Llevar a cabo las actividades conducentes a la Certificación CAT del Servicio de Transfusiones del Hospital.
 - Corregir las desviaciones detectadas en la Auditoría Interna.
 - Revisión por la Dirección del Sistema de Calidad del Servicio de Transfusiones.
 - Solicitar la Auditoría Externa por CAT para la consecución de la Certificación.
 - Medir los indicadores con la periodicidad acordada y valorar su adecuación, o implantar medidas correctoras.
- 2.- Realizar la comprobación del grupo sanguíneo en cabecera de paciente en los servicios de Urgencias, UCI, anestesia, hematología, oncología y neonatología. Requerirá la formación del personal de enfermería de las unidades para su realización.
- 3.- Consensuar con los servicios quirúrgicos y anestesia la reserva prequirúrgica por procedimiento quirúrgicos programados. A través de la Comisión de Transfusiones, miembros de los servicios quirúrgicos, se elaborará el listado de procedimientos y las unidades que requieren
- 4.- Medidas conducentes a la evitación de la hemorragia en la cirugía ortopédica: ácido tranexámico. La Comisión de Transfusiones, con los miembros del Servicio de Traumatología, llevarán a cabo las acciones para su implantación.

INDICADORES

Nº DE CH DESECHADOS	<1%	
UNIDADES DE PFC DESECHADAS	<3%	
UNIDADES DE PLAQUETAS DESECHADAS	<1%	
Nº CH CADUCADOS	<2%	
Nº PLAQUETAS CADUCADAS	<6%	
Nº PEDIDOS URGENTES BSTA	< 20%	
Nº DE COMPONENTES TRANSFUNDIDOS		Disminución 5% anual
ÍNDICE TRANSFUSIONAL	< 2	
Nº CONTROLES DE CALIDAD EXTERNOS CORRECTOS	> 95%	
UNIDADES CON CIERRE TRANSFUSIONAL CORRECTO	>90%	
Nº DE INCIDENTES NOTIFICADOS	> 35	

DURACIÓN

Las actividades se desarrollarán a lo largo del año 2019, iniciándose en el mes de enero.

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 - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOLINER LAHOZ JAVIER
ROQUES MATA MARIA CARMEN
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
GARCIA RUIZ MARIA NURIA
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
ELIA GUEDEA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones del Grupo (junio, septiembre, noviembre 2019 y enero 2020): para establecer el método para la implantación de las medidas propuestas, así como para la difusión de la cultura de seguridad en los profesionales quirúrgicos y la dinamización de los grupos de interés, es decir, todos los profesionales que están implicados en la asistencia a los pacientes en el periodo quirúrgico y periquirúrgico.
- Reuniones con Grupos de interés importantes para el desarrollo del Proyecto: Comisión Bloque Quirúrgico, Comisión Infecciones, Enfermería Bloque Quirúrgico, Anestesia, Cirugía General, Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Mama, ORL, Oftalmología y Farmacia. En las mismas se ha trabajado la implantación de las distintas medidas del Proyecto conducentes a la mejora de la Seguridad Quirúrgica: adecuada retirada del vello, adecuada profilaxis antibiótica, utilización de clorhexidina alcohólica en asepsia de piel, mantenimiento de normotermia, mantenimiento de normoglucemia, adecuación de profilaxis de enfermedad tromboembólica. En los grupos especialmente se ha trabajado la metodología de aplicación del LVSQ. Este aspecto precisa continuar trabajándolo.
- Utilización de etiquetado de colores en Bloque Quirúrgico por parte de anestesia para prevención de errores de medicación en quirófano.
- Adecuación del LVSQ a la cirugía oftalmológica.
- Formación al personal de enfermería de bloque quirúrgico y a cirujanos en cada Servicio, en sesiones de los servicios, para el Uso de clorhexidina alcohólica como antiséptico más eficaz en la asepsia de la piel.
- Formación en Seguridad del paciente al personal del bloque quirúrgico online a través de la Plataforma del Proyecto Cirugía Segura.
- Seguimiento de Recomendaciones Normotermia en cirugías prolongadas en bloque quirúrgico.
- Revisión de los Protocolos de Profilaxis Antibiótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- N° de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa (Fuente: web del Proyecto Cirugía Segura):

1. Curso Básico Seguridad Pacientes en Bloque Quirúrgico: 100 profesionales
2. Curso Avanzado Seguridad Paciente en Bloque Quirúrgico: 96 profesionales

2- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1° T: 100%, 2° T: 95.6%, 3° T: 90.9%, 4° T: 100%; anual: 96,5% .

3- % adecuación de la profilaxis antibiótica: (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 1° T: 100%, 2° T: 100%, 3° T: 94.1%, 4° T: 94.1%; anual: 96,9% .

4- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia (Fuente: Auditoría en Bloque Quirúrgico): 100%.

5- % adecuación de la profilaxis tromboembólica: (Fuente: Auditoría): 83,3% .

6- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada: (Fuente: CMBD): 2,47%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el impacto que está teniendo el Proyecto es importante, habida cuenta que se aborda desde un Programa Formativo hasta la implantación y seguimiento de medidas que han demostrado sobradamente su efectividad en la prevención de eventos quirúrgicos. El Proyecto está fomentando la comunicación entre diferentes grupos de profesionales implicados en la atención al paciente quirúrgico. En ese sentido queda pendiente acabar de perfilar el trabajo de los distintos grupos de profesionales implicados en la adecuada utilización del LVSQ, aspecto que consideramos que precisa una modificación en el método de "pasarlos" en el propio quirófano.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1339 ===== ***

Nº de registro: 1339

Título
PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, MOLINER LAHOZ JAVIER, ROQUES MATA MARIA CARMEN, SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, GARCIA RUIZ MARIA NURIA, LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, ELIA GUEDEA MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados. Sin embargo, no está exenta de complicaciones asociadas.

En una revisión de 2013 de 14 estudios que incluyen a más de 16000 pacientes quirúrgicos se produjeron eventos adversos en el 14,4% de los pacientes, el 3,6% provocó la muerte. Se estimó que 1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible, la mayoría de los cuales están relacionados con el cuidado perioperatorio y no con errores de la técnica quirúrgica.

En España la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía está en torno al 10,5%, de los que el 36,5% serían prevenibles.

Existen medidas que han demostrado minimizar el riesgo de eventos adversos: listado de verificación de seguridad quirúrgica, profilaxis de enfermedad tromboembólica, normotermia, profilaxis antibiótica adecuada, adecuada retirada del vello, utilización de clorhexidina alcohólica como antiséptico cutáneo

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal: mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en nuestro hospital.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ.
2. Mejorar la aplicación de las medidas para prevenir el tromboembolismo asociado a la cirugía.
3. Implementar herramientas para el uso seguro de medicación en anestesia: etiquetado de medicación.
4. Aplicación adecuada de la profilaxis antibiótica

MÉTODO

6.1. Medidas relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico:

- Cumplimentación adecuada del listado de verificación quirúrgica.
- o Acciones formativas
- o Registro de cumplimentación
- Mantenimiento de normotermia en periodo perioperatorio:
- o Revisión del protocolo
- o Difusión del protocolo
- Aplicación adecuada de profilaxis antibiótica:
- o Cumplimiento de las indicaciones PROA cirugía
- Retirada de vello adecuada.
- o Revisión y actualización del protocolo
- Antisepsia piel con clorhexidina alcohólica.
- Seguimiento del protocolo de la profilaxis tromboembólica en el paciente quirúrgico.
- Prevención de errores de medicación en quirófano
- o Protocolización del etiquetado de medicamentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1339

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

6.2. Medidas relacionadas con la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

- Encuesta a profesionales del Bloque Quirúrgico.
- Formación en seguridad del paciente: Curso on line.
- Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ

INDICADORES

- Nº de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa.
- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ.
- % LVSQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.
- % adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica.
- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia.
- % reingresos urgentes tras cirugía programada.
- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada
- % mortalidad postoperatoria (durante el periodo de hospitalización).

DURACIÓN

- Adhesión al programa Cirugía Segura: enero 2019.
- Formación on line en Seguridad del Paciente: febrero - diciembre 2019.
- Trabajo en equipos del Bloque Quirúrgico para aplicación de las medidas: febrero - marzo 2019.
- Implantación de las medidas: abril - junio 2019.
- Evaluación de indicadores: septiembre- diciembre.

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 - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE DANIEL SAENZ ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

ELIA GUEDEA MANUELA

SANCHEZ MARTELES MARTA

REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2019 se ha instaurado en todas las unidades de adultos del Hospital una escala de parámetros fisiológicos basada en el Modified Early Warning System con el fin de mejorar la atención y detectar de manera precoz los cambios en los pacientes que puedan indicar deterioro de su salud. Se trata del sistema de alerta temprana o código alerta (en inglés son los Physiologic Track and Trigger Systems). Está basado en la medición de constantes vitales y observaciones clínicas para reconocer el deterioro del paciente y responder con una atención específica según el riesgo de empeoramiento y su relevancia se fundamenta en el número de personas hospitalizadas que sufren eventos adversos graves debidos a una falta de reconocimiento precoz de su empeoramiento.

Organismos comprometidos con la calidad en la atención sanitaria como The Joint Commission en sus metas nacionales y la Agency for Healthcare Research and Quality en su informe de recomendaciones basadas en la evidencia de 2013 han reflejado la importancia de introducir sistemas como el Código Alerta que mejoran la detección precoz del deterioro de los pacientes y su atención específica dado que, en la mayoría de las ocasiones, el empeoramiento de un enfermo es precedido por cambios en los parámetros fisiológicos tales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la tensión arterial, la temperatura o el nivel de conciencia.

El HCU Lozano Blesa ha implantado esta herramienta en diferentes fases y se ha volcado en lograr su consecución dado que reconocer los cambios de situación en los pacientes hospitalizados es una función valiosa que realizan principalmente las enfermeras puesto que son el personal sanitario más cercano al paciente durante el ingreso.

1. Elección de escala de parámetros fisiológicos y respuesta asistencial asociada
En 2018, un grupo de facultativos consensuó una tabla de puntuación que valora 6 parámetros (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial sistólica y sensorio), otorgando de 0 a 3 puntos cada parámetro según su desviación de la normalidad (máximo 18 puntos).

Categoriza a los pacientes en cuatro niveles de riesgo, identificándolos con color y acompañados de respuesta asistencial distinta:

- 0 Continuar con la monitorización habitual cada 12 horas
- 1 Vigilancia clínica y toma de constantes cada 8 horas
- 2 Mayor vigilancia clínica y toma de constantes cada 4 horas
- De 3 a 18 Valoración urgente de médico responsable y toma de constantes cada hora

2. Implantación

Con el objetivo de implantar su uso en las unidades de hospitalización se desarrollaron las siguientes acciones:

- Introducción en el Sistema de Información Gacela de las variables y cálculo automático de la categorización del nivel de riesgo.

- Información formal del código alerta/alerta temprana. Email de inicio e inclusión en contrato programa.
- Presentación del proyecto y difusión en el servicio.
- Sesiones clínicas en los servicios.
- Desarrollo de la herramienta informática en el aplicativo Gacela y tutorización en las unidades.
- Formación continuada: sesiones para el personal de enfermería y curso para los residentes de primer año.

3. Seguimiento

Durante el seguimiento surgió la necesidad de excluir el parámetro de diuresis de la tabla de puntuación (no hay control de diuresis a todos los pacientes) y de revisar el funcionamiento y características de los termómetros disponibles en el hospital debido a la activación del nivel máximo de riesgo por temperaturas corporales de entre 35.5 - 35.9 ° C. Facultativos clínicos no vieron oportuno modificar los umbrales de los parámetros.

Se monitorizó la activación de la respuesta asistencial en los pacientes que alcanzaron el máximo nivel de riesgo según sus constantes según su unidad de hospitalización y se presentaron los datos en las distintas unidades, con el propósito de generar un feed back adecuado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS: 68,99.
% de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS: 100.
% de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada: 15,25.

Resaltar que, según las auditorías realizadas, el 100% de los pacientes que han alcanzando el nivel máximo de riesgo fueron valorados por el médico correspondiente.

De manera informal se nos ha comunicado un aumento de número de valoraciones de pacientes por parte de los facultativos durante las guardias. Coincidiendo con la implantación del Código Alerta han aumentado las valoraciones de la saturación de oxígeno en los pacientes, sin modificarse el registro del resto de parámetros (TA, FC, FR, Tª y nivel de conciencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación dentro del Sistema de Información Gacela del Código Alerta Temprana ha facilitado el éxito en el seguimiento por parte de los profesionales. El equipo está satisfecho con los resultados alcanzados y la repercusión que tiene en los cuidados y atención a los pacientes ingresados potencialmente graves.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa".
IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

Autores:
SAENZ ABAD DANIEL, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, ELIA GUEDEA MANUELA, SANCHEZ MARTELES MARTA, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: Cualquier proceso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las razones más frecuentes de mortalidad potencialmente evitable, según el análisis de incidentes notificados al sistema de Reino Unido desde 2010 a 2012, fueron la incorrecta actuación durante el empeoramiento del paciente, la falta de prevención y la deficiente supervisión y monitorización de signos vitales. Estos hallazgos se producen principalmente en las unidades de hospitalización de pacientes no críticos y podrían ser reducidos si el empeoramiento de los pacientes fuera identificado a tiempo.
Los sistemas utilizados para este reconocimiento precoz son los "Early Warning Systems" (EWSs) o "Physiological Track and Trigger Warning Systems" (TTs). Se tratan de sistemas de alarma basados en la observación periódica de variables fisiológicas que se monitorizan rutinariamente durante el periodo de hospitalización de los pacientes. El sistema a adoptar por el HCU "Lozano Blesa" sería el Modified Early Warning Score (MEWS) que contempla la medición de las siguientes variables y estratifica el riesgo según sus puntuaciones.
La investigación muestra que los resultados de las variables que provocan la activación de los sistemas de alerta temprana se asocian a un mayor riesgo de ingreso no programado en UCI y de mortalidad en un plazo de 24-48h. El registro de cuidados en el aplicativo GACELA permite de forma sistemática, en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas no críticas, monitorizar los signos de alarma y establecer las alarmas de alerta temprana que permiten identificar el empeoramiento de los pacientes y los riesgos potenciales de mortalidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1350

1. TÍTULO

MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE EN LOS PACIENTES INGRESADOS DEL HOSPITAL CLINICO U. LOZANO Blesa. IMPLANTACION CODIGO ALERTA TEMPRANA

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la accesibilidad informática al complejo de Alerta Temprana
- Promover la identificación de los pacientes hospitalizados en riesgo de empeoramiento basándose en el Modified Early Warning Score (MEWS)
- Garantizar una atención sanitaria precoz a los pacientes en riesgo de empeoramiento
- Valorar el impacto de la implantación de Alerta Temprana en la Mortalidad Bruta del hospital
- Reducir el número de ingresos en UCI procedentes de las unidades de hospitalización convencional
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Garantizar la implantación efectiva del proyecto Alerta Temprana en las Unidades de Hospitalización
- Disminuir la Mortalidad Bruta en el Servicio de UCI
- Conocer las estancias medias de los pacientes según su diagnóstico principal y realizar comparación pre y post implantación del Código Alerta
- Conocer la opinión sobre la herramienta Alerta Temprana de los profesionales del HCU Lozano Blesa

MÉTODO

- Difusión de la herramienta basada en el Modified Early Warning System en las unidades de hospitalización
- Comunicación del modo de activación de respuesta temprana a pacientes en riesgo de empeoramiento según MEWS

MEWS

- Sesión de enfermería incluida en el Plan de Formación Continuada del Sector
- Sesión Clínica general
- Formación de acogida al personal médico especialista en formación (MIR)
- Actualización del programa informático Gacela Care
- Provisión de equipos informáticos en las unidades que lo requieran
- Cuantificación de avisos a facultativos por riesgo de empeoramiento de pacientes emitidos adecuadamente
- Monitorización de exploraciones y cambios de tratamiento realizados tras recibir aviso de paciente con riesgo de empeoramiento
- Retroalimentación trimestral a las jefaturas de servicio y supervisiones de enfermería del desarrollo del Código Alerta Temprana y la monitorización de indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales sobre el grado de utilidad y satisfacción con la herramienta Código Alerta Temprana

INDICADORES

- % de unidades de hospitalización convencional con la gestión informática del complejo alerta temprana activada
- % de pacientes a los que se ha activado la alerta temprana con puntuación = o > de 3 en el MEWS
- % de pacientes con activación de alerta temprana que reciben valoración médica por motivo de su puntuación en MEWS
- Informe de valoración de Tasa de Mortalidad Bruta del HCU "Lozano Blesa"
- % de pacientes hospitalizados que precisan ingreso en UCI de forma NO programada
- Tasa de mortalidad en UCI
- n.º de días de estancia de pacientes según diagnóstico (sepsis, insuficiencia respiratoria aguda y complicación de hemorragia postintervención)

DURACIÓN

- Implantación informática en las unidades durante el primer trimestre de 2019
- Sesión general en Salón de actos en marzo de 2019
- Sesión específica de enfermería en unidades de hospitalización primer semestre del año 2019
- Evaluación trimestral de Indicadores
- Encuesta de opinión a los profesionales durante el 2º semestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **