

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

**Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019**

*Número de memorias: 8 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:07:28 horas)*

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SASTAGO	OCHOA ZARZUELA DIEGO	2019_0093	S2	31/12/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	S2	28/12/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	GOMEZ JULIAN CRISTINA	2019_0482	S2	28/12/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2019_0030	F	11/01/2021	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL ROSARIO	2018_0135	S2	21/01/2021	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION DE ENFERMERIA	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_0957	F	15/01/2021	MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TAJADA DUASO MAURICIO CAYO	2019_0863	S2	15/01/2021	OPTIMIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL ASESORAMIENTO GENETICO PRENATAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_0120	S2	30/12/2020	GESTION CLINICA DEL RAQUIS

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/12/2020

2. RESPONSABLE ..... DIEGO OCHOA ZARZUELA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SASTAGO  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA  
GIL MOSTEO MARIA JOSE  
ARENANZ CAJAL CARMEN  
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA  
ORIOLE TORON PILAR ANGELES  
GOMEZ JULIAN CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La aparición y evolución de la pandemia en la última semana de febrero de 2020 dinamizó cualquier esquema previo de trabajo encaminado al desarrollo del proyecto asistencial sobre mejora en diabetes dentro de nuestro Sector. Tan sólo hubo tiempo para transmitir a los EAP del Sector de los resultados de los indicadores de ACG de 2019, y dar las pautas generales de continuidad tanto del Proyecto como de los indicadores de la Estrategia. Se consiguió el compromiso de continuidad de los 7 EAP, que en 2019 habían incluido este Proyecto de Dirección, en sus propios ACG 2019.

Para principios de Marzo de 2020 estaba prevista una actividad de refuerzo del Proyecto a través de la creación en el Sector de un Centro Avanzado en Diabetes (CAD), que aglutinaba a profesionales médicos y de enfermería de AP y AE del HUMS, con objetivos globales de calidad y formación para la adquisición de más y mejores competencias en diabetes, pero priorizando el pie diabético y la prevención de la nefropatía diabética.

Se habían producido contactos y reuniones preliminares en los últimos 3 meses de 2019, y la primera reunión formal de constitución del CAD del Sector II se produjo el 27 de febrero de 2020, donde se constituyeron los objetivos y cronología de objetivos para los siguientes meses, que la pandemia COVID19, truncó sin posibilidad de solución para el año en curso.

Merece destacarse el esfuerzo que en los meses de enero y febrero de 2020, se llevaron a cabo en el cribado de retinopatía diabética, para recuperar pacientes pendientes de cribado de 2019, y que iba a culminar entre marzo y abril de 2020, con el aumento de un recurso de optometrista eventual en horario de tarde, para enjugar la lista de demora. Desafortunadamente, por razones conocidas no pudo llevarse a término.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El impacto de la pandemia a nivel global de problemas de salud, y normal desarrollo de cartera de servicios no tiene discusión. La estrategia en Diabetes no es una excepción.

1. La determinación de microalbuminuria en diabéticos en el último año con respecto al total de diabéticos, ha pasado del 53,34% en 2019 al 44,84% en 2020
2. El porcentaje de pacientes incluidos en el programa de DM, en los que consta la identificación del nivel de riesgo de pie diabético (valoración de pie), ha descendido desde el 13,84% del 2019, al 4,86 actual.
3. A pesar de las enormes dificultades para mantener el cribado de retinografía diabética, que en 2020 estuvo suspendido entre 1 marzo a 16 de julio de 2020, y ralentizado en el mes de noviembre, destaca que en conjunto el porcentaje de pacientes que han aceptado la invitación ha superado el 75% (el mes de febrero sobrepasó el 90%).
4. El resto de indicadores del CM de Diabetes también han descendido en 2020 respecto al año previo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Retomar el Proyecto y reflote de la Estrategia dependerá en gran medida de la evolución de la pandemia covid19, pues el trabajo e infraestructura previa, si se dan las condiciones favorables, permitirá retomar la normalidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0093

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

Autores:  
ALONSO SANCHEZ MARTA, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GIL MOSTEO MARIA JOSE, ARENANZ CAJAL CARMEN, SANGROS

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

### 1. TÍTULO

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

GONZALEZ JAVIER, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, ORIOL TORON PILAR ANGELES, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

##### TEMAS

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

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

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

1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes se tiene una cobertura sensiblemente inferior(alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes (como por ejemplo GFR, LDL, o HbA1c en el último año), alcanzando una cobertura del 42%( por debajo de la media del Sector del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

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

##### RESULTADOS ESPERADOS

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

##### MÉTODO

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

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

##### INDICADORES

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

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

##### DURACIÓN

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

##### OBSERVACIONES

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

**1. TÍTULO**

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

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 - 2018/0076

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/12/2020

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre la última semana de enero y principios de febrero de 2020, se comenzó la transmisión preliminar (a través de correo electrónico tanto a coordinadores médicos y de enfermería, y responsables específicos de proyectos e iniciativas), de los resultados obtenidos por los equipos implicados en el Sector, para la mejora en la atención del paciente EPOC, bien a través de Proyectos Asistenciales (5 EAPs), bien a través de la puesta en marcha Consultas Monográficas específicas (10 EAPs).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se presentaron como finalistas 5 de las memorias del proyecto de mejora en la atención al paciente EPOC en AP, 2 seguimiento y una no se presentó.
2. Se crearon 5 Consultas Monográficas en torno a la estrategia de EPOC, 3 en concreto en relación a la deshabituación tabáquica, y 2 grupales de educación a pacientes. Tanto en unas como en otras, se implicaron MF y personal de enfermería indistintamente.
3. Se consolidaron en el 100% de los centros las consultas monográficas de espirometrías, a cargo de enfermería.
4. La detección de consumo de tabaco descendió según datos actuales del 29,59% al 28,39%.
5. La intervención en tabaquismo ha ascendido del 56,09% al 57,06%.
6. El registro de prevalencia de EPOC ha ascendido al 2,28 desde el 1,24%
7. El registro de síntomas de EPOC también ha ascendido desde el 2,73% hasta el 7,02%.
8. La intervención en limpieza ineficaz de vías aéreas, ha descendido del 8,53% al 5,29%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como valor más positivo inicialmente era recordar y visibilizar la Estrategia EPOC en los EAPs de nuestro Sector, incidiendo en el factor de riesgo que consideramos más importante y accesible en AP para su conocimiento, registro y reconducción. Se han consolidado los circuitos de acceso a realización de espirometrías y consolidado las consultas monográficas para ayudar a los pacientes a dejar el hábito tabáquico. Por contra, a nivel de educación grupal se han estancado las iniciativas, y estamos comprobando que a pesar de su importancia como estrategia, no es de los temas que más parecen preocupar en los equipos en su conjunto. Creemos que a nivel de institución también se debería pensar en una actualización del último documento sobre la estrategia que data de 2013, y que tras algún conato a principios de 2017, prácticamente no han habido noticias al respecto. Se siguen sin incorporar los resultados espirométricos en HCE, ni se aborda, desde hace más de 3 años, una renovación de muchos de los espirómetros que actualmente existen en nuestros centro de salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

El contexto actual de pandemia por COVID19 desde principios de marzo 2020, ha supuesto un freno obvio, pero demoledor, para hacer una adecuada y objetiva evaluación de éste o de cualquier otro proyecto asistencial. De todas formas, a pesar de la supresión de todas las consultas monográficas y foros grupales de educación, nos consta que de manera parcial y muy selectiva, la realización de espirometrías y de consejo para deshabituación antitabaco, se ha intentado retomar en alguno de los centros de nuestro Sector.

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

Nº de registro: 0076

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

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

### 1. TÍTULO

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

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

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

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

#### INDICADORES

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

#### DURACIÓN

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

**1. TÍTULO**

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

\*\*\* ===== \*\*

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/12/2020

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La estrategia del paciente crónico complejo en el Sector II, ha sido una de las más trabajadas tanto a nivel de centros de salud, como a nivel de interrelación con atención especializada, máxime cuando en nuestro Sector tenemos la peculiaridad de tener hasta 3 unidades de crónico complejo de referencia, situadas en HUMS, Hospital General de la Defensa y Hospital San Juan de Dios.  
En 2020 se pretendía seguir el camino iniciado en 2018 y 2019, con la idea de que 2020 empezara a ser la consolidación de un proyecto donde tanto tiempo material y RRHH se han invertido. Conviene recordar que para favorecer su implementación en determinados centros especialmente implicados, se apostó por crear 2 plazas de referencia en el CS San Pablo y Almozara, y a finales de 2019 un nuevo referente en el centro de salud de Sagasta, que cuenta con el mayor volumen de población por encima de los 65 años y con alto niveles de complejidad.  
A principios de 2020, se transmitió a las coordinaciones asistenciales de los centros de salud la intención de la Dirección de Sector de continuar con este Proyecto, solicitando su implicación en adherirse, a través de sus correspondientes Acuerdos de Gestión, en éste Proyecto Asistencial, que en 2019 abordaron 5 Equipos de Atención Continuada, y lo que provocó durante el mes de febrero de 2020 que determinado equipos nos formularan la petición de datos agrupados por UBA a nivel de planes de inclusión y planes operativos, así como el compromiso de remitir información trimestral de seguimiento de los indicadores del Proyecto.  
Durante las épocas que fue factible en 2020, se solicitó feed-back asistencial por parte de las 3 unidades de PCC del Sector.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores seleccionados a nivel de CP 2019 estuvieron, a pesar del esfuerzo invertido, por debajo de la media de Aragón, y aunque cerca, tampoco llegaron al objetivo mínimo establecido.

1. El porcentaje de inclusión con planes de inclusión completos en sus tres apartados estuvo en un 44,66% (objetivo mínimo 45%)
2. Porcentaje de población diana con GMA mayor o igual al 97% incluidos en el programa sobre el total de PCC, se quedó en un 11,17% (objetivo mínimo 12%)

La fuente de información de estos resultados proviene del CM de PCC de DGAS.

Los recursos humanos invertidos en la consolidación del Proyecto a nivel de Sector se mantienen.

El impacto del Proyecto, a pesar de la inesperada aparición de la pandemia por coronavirus, en la última semana de febrero de 2020, queda totalmente desvirtuado a nivel de datos de los centros de salud, de los cuales carecemos, pero de forma indirecta, y a pesar de las dificultades, cabe destacar, que en los periodos donde la pandemia ha dado un respiro, y se han podido reestablecer los circuitos asistenciales de derivación establecidos con las 3 unidades de crónicos complejos, se han llegado a asistir un total de 287 pacientes, desglosados en 92 pacientes a nivel de HUMS, 101 en HGD y 94 en HSJD.

Los datos globalizan las 4 posibilidades asistenciales de estas Unidades: resolución telefónica, consulta programada, hospital de día e ingreso programada o a través de valoración previa por Servicio de Urgencia correspondiente.

La estadística proviene de los datos remitidos a la Subdirección Médica de AP de Sector desde las UCC, que está establecida habitualmente, de forma semanal o quincenal.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A fuerza de ser reiterativo, el fenómeno mundial de la pandemia por COVID19, ha mediatizado de forma global, durante 2020, cualquier Estrategia, Proyecto o Iniciativa a nivel de salud, que pudiese estar prevista.

La estrategia de la atención a la cronicidad, no es una excepción, pero si ha habido un grupo poblacional especialmente afectado y vulnerable en la actual situación de viriasis por coronavirus, y con consecuencias especialmente graves, ha sido la que se encuentra englobada en el grupo de pacientes crónicos complejos. Los forzados y no deseados cambios asistenciales tanto a nivel de AP como de AE, han repercutido de una forma negativa en este colectivo de pacientes que por razones bien conocidas, tienen especiales dificultades para acceder al circuito asistencial habitual.

Lo sucedido y lo todavía por venir, nos merece una profunda reflexión sobre los circuitos sanitarios y socio-sanitarios, que requieren una evidente adaptación y reconducción de nuestros circuitos.



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

### 1. TÍTULO

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

En AP hemos extraviado de manera forzosa, en muchos casos, los sentidos de la vista y el tacto, y hemos tenido que gestionar los problemas de salud, de una forma impensada e inhabitual, con una dosis añadida de incertidumbre, en ocasiones elevada. Uno de los aspectos más damnificados del proceso asistencial y sociosanitario, está siendo la atención al paciente crónico, globalmente, y el de mayor complejidad, específicamente, por lo que en aras de retomar la senda iniciada hace casi 3 años, hemos apostado, intentando aparcas las dudas del futuro más próximo, por seguir activando un programa que creemos importante y necesario.

#### 7. OBSERVACIONES.

Aún a sabiendas de la complejidad del momento actual, preveemos que de cara a 2021 se comiencen a normalizar circuitos de información sobre indicadores que estén implicados en las estrategias definidas en el CP 2021 y venideros.

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

Nº de registro: 0482

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

1. Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
2. Formación en los EAP del Sector para los profesionales del Equipo.
3. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada EAP en relación a su UCC de referencia

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

### 1. TÍTULO

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

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

#### INDICADORES

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

#### DURACIÓN

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

\*\*\* ===== \*\*

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

### 1. TÍTULO

#### ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO

Fecha de entrada: 11/01/2021

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LANZUELA VALERO MANUELA  
LAHUERTA LORENTE LOURDES  
CANTIN BLAZQUEZ SONIA  
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD  
ASENSIO AROSTEGUI ROSA  
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Elaboración del documento de la Cartera de Servicios de la Unidad  
Identificación y definición de los códigos de los procedimientos más frecuentes  
Actualización de la cartera de Servicios de Cirugía Vasculuar, Cirugía General y Unidad del Dolor.  
Potenciación de la Cirugía Proctológica en la UCSI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Cumplimiento de los siguiente objetivos:  
Codificación de los procedimientos más frecuentes > 50 %  
Aumento de la utilización de la Unidad para la realización de artroscopias > 20%  
Realización de artroscopias de rodilla en la Unidad > 15 %  
Realización de hernioplastias inguinales en la Unidad > 5%  
Realización de Cirugía proctológica en la Unidad > 65 %  
Recogida de todas las causas de suspensión y análisis de las mismas 100% y porcentaje de intervenciones suspendidas < 10%  
Revisión de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos más frecuentes > 80 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
A pesar de las dificultades consecuencia de la epidemia COVID con la colaboración de todos los estamios implicados se ha podido mantener la actividad quirúrgica. En próximos proyectos, las actividades que dependan de diferentes Servicios deberían presentarse en los proyectos de todos los Servicios/Unidades implicados para poder garantizar una mayor colaboración.

7. OBSERVACIONES.  
De finales de marzo a principios de mayo la Unidad de Cirugía Sin Ingreso se transformo en una UCI COVID, a pesar de ello se pudo garantizar la atención ambulatoria de las intervenciones oftalmológicas no demorables. No se pudieron satisfacer los objetivos de ocupación de quirófano en algunos momentos por la necesidad de espaciamento de los pacientes en la sala de espera y de recuperación para cumplir con la normativa de seguridad recomendada por Medicina Preventiva. En los tres últimos mese de 2020 se ha potenciado la actividad de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso con una potenciación de cirugías más complejas y con la utilización en algunos momentos de todos los quirófanos en jornada de mañana y tarde.

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

Nº de registro: 0030

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

**1. TÍTULO**

**ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO**

Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

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

**RESULTADOS ESPERADOS**

Los objetivos principales del proyecto son:

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

**MÉTODO**

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

**INDICADORES**

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

**DURACIÓN**

Duración prevista es de 12 meses:

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

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

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

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

**1. TÍTULO**

**ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

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

### 1. TÍTULO

#### RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Fecha de entrada: 21/01/2021

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

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el año 2019 se llevaron a cabo 10 reuniones y 2 en 2020 del GRUPO MULTIDISCIPLINAR (25/01, 28/02, 28/03, 2/05, 05/06, 24/07, 19/09, 24/10, 21/11 y 18/12) y en 2020 (30/01, 24/02). Integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AEC) del hospital Miguel Servet (HUMS), así como profesionales médicos y de enfermería de los niveles asistenciales, en el ámbito hospitalario y ambulatorio. Sumadas a las 10 reuniones realizadas durante el año 2018, son 22 las reuniones realizadas por el grupo desde su creación el 16 de abril de 2018.

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

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

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

Las reuniones del grupo multidisciplinar se interrumpieron como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV2 en marzo de 2020.

2. Durante el año 2019 se han realizado 84 sesiones clínicas presenciales y 18 durante el 2020, en los 18 centros de salud (CS) del sector sanitario Zaragoza II (3 de los cuales en el área rural) a cargo del cardiólogo referente. Durante el año 2020 se realizaron 13 sesiones clínicas presenciales en los 18 CS del sector sanitario Zaragoza II, durante los dos primeros meses del año, a cargo del cardiólogo referentes:

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

1. Resolución de casos clínicos complejos in persona.
2. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar AP-AE cardiológico a todos los médicos de familia
3. Formación en patología cardiovascular de los médicos de familia de los 18 centros de salud
4. Mejora en la comunicación entre los dos niveles asistenciales.

Las sesiones presenciales se interrumpieron durante el mes de marzo de 2020 como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV2.

3. En el año 2020 y través de la interconsulta virtual (ICV) se ha iniciado la solicitud de determinadas pruebas (holter de 24 horas) en pacientes muy seleccionados, sin necesidad de una consulta presencial, con tiempos de respuesta más cortos. De la misma forma, en la Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) se han creado circuitos para que pacientes seleccionados sean atendidos con el resultado de determinadas pruebas en la 1ª consulta presencial (eco de estrés, holter 24 h, etc..) que favorece la consulta de acto único.

4. El día 21 de noviembre de 2019 tuvo lugar la 1ª reunión intrasectorial AP-AEC del sector sanitario Zaragoza II, en salón de actos del H. Infantil del HUMS. Sesión acreditada por la Formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón, a la que acudieron más de 100 profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales y diferentes estamentos: enfermería, médicos, fisioterapeutas, etc.. con un programa dividido en dos mesas de debate: Rehabilitación cardiaca y Cardio-Oncología, cada una de las cuales contó con la presencia de un paciente experto. Pendiente de programar la siguiente sesión en formato virtual

5. Durante el año 2020 se han diseñado solicitudes telemáticas de pruebas cardiológicas intrahospitalarias, sin necesidad de papel. Modelos autorellenables disponibles en la intranet ("apoyo a la asistencia") y, por lo tanto, accesibles desde cualquier terminal del hospital. Tras su cumplimentación se envían a correos corporativos que cada unidad dispone y revisa diariamente para su gestión. Con el mismo formato, se ha implicado a otros servicios del hospital: Cirugía cardiaca (implante de marcapasos), Geriátrica (consulta proceso quirúrgico) y Rehabilitación (prehabilitación).

6. Los grupos de trabajo creados en la U. de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista formados en 2019 han conseguido poner en marcha 4 protocolos de actuación para mejorar la atención de los pacientes y disminuir la

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

### 1. TÍTULO

#### RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO

variabilidad de la atención entre profesionales:

- a) Durante el año 2019 se implementó un sistema de gestión del material en la unidad (Mediconnet) para garantizar trazabilidad en los pacientes, facilitar una reposición adecuada y a tiempo y favorecer el proceso de facturación. Programa.
- b) Creación de un Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras cualquier procedimiento, a cargo del personal de enfermería e integrado en HCE.
- c) Protocolo para el manejo del tratamiento anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco, en colaboración con el S. de hematología.
- d) Protocolo pre y post de los procesos asistenciales de intervencionismo en cardiopatía estructural.
  - Revisión de los consentimientos informados por procedimiento
  - Creación un grupo multidisciplinar para protocolizar el proceso asistencial de la estenosis aórtica severa sintomática (Cirugía Cardíaca, Radiología, Anestesia, UCI y Cardiología) que permita un acceso más rápido y seguro a la estrategia diagnóstico-terapéutica, disminuyendo la variabilidad interprofesional, creando circuitos intraservicios/hospitales y, en definitiva, incrementado los resultados en salud. El 18 de diciembre de 2020 se ha formado el grupo.
  - Durante el año 2020 se ha consolidado un grupo de facultativos constituido por cardiólogos de diferentes unidades asistenciales (Unidad de insuficiencia cardíaca, Pruebas Funcionales, Hemodinámica y Hospitalización), además de un cirujano cardíaco y un anestesiólogo para la protocolización y toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes candidatos a tratamiento percutáneo de la válvula mitral mediante técnica de clip mitral (MITRACLIP). El grupo durante este año se ha reunido con una periodicidad mensual con excepción del 2º trimestre del año, como consecuencia del parón acontecido tras la pandemia por SARS-CoV2.
7. Los grupos de trabajo en la U. de Arritmias y Electrofisiología formados en 2019 han conseguido poner en marcha
  1. Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos.
    - Se ha creado un grupo multidisciplinar médico-enfermería para abordar los diferentes procesos asistenciales de la Unidad de marcapasos cuya primera reunión se produjo en julio de 2019. Desde entonces son 4 las ocasiones en que se han puesto en común los objetivos alcanzados y aquellos pendientes de resolución.
    - El día 7 de enero de 2020 se inició la consulta de enfermería, con agenda e informe propios e integrado en HCE, para la atención y revisión especializada de pacientes portadores de marcapasos definitivo
    - El 1 de julio de 2020 se puso en marcha el control remoto de todos los pacientes con primoimplante y recambios de marcapasos definitivos que permitirá en un futuro disminuir las consultas presenciales de muchos de estos pacientes, manteniendo la calidad en la atención.
  2. Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica.
    - Desde principios del año 2020 los pacientes programados para cardioversión eléctrica ambulatoria no ingresan en planta de hospitalización con alta directa a domicilio
  3. Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias.
    - Se ha iniciado la protocolización para el acceso y seguimiento de los pacientes que deben ser atendidos en las consultas específicas de la Unidad de Arritmias con el propósito de mantener aquellas en las que se aporte valor a dicha atención y desechar aquellas que se consideren fútiles. No finalizado.
  8. A lo largo de 2019 y 2020 se han continuado proyectos asistenciales, recogidos en el ACUERDO DE GESTIÓN del servicio, muchos de los cuales están relacionados con este proyecto:
    1. Proyecto de CHECK-LIST El proyecto CHECK-LIST consiste en la revisión de buzones y citas pendientes de todos los pacientes ingresados, así como la anulación de los que se consideran innecesarios o redundantes por parte de la responsable del servicio. En todos los casos, el paciente es informado mediante carta personalizada del motivo de anulación del buzón/cita pendiente.
    2. Proyecto de DERIVACIÓN AP-AE cardiológica: Durante 2019 se protocolizó en el grupo multidisciplinar el seguimiento del proceso asistencial: CARDIOPATÍA ISQUEMICA de forma conjunta entre AP y AEC. Posteriormente, se difundió a todos los CS en las sesiones presenciales, También se inició el de INSUFICIENCIA CARDIACA pendiente de desarrollo como Unidad de insuficiencia cardíaca comunitaria en el sector, contando además con la participación de Medicina Interna.
    3. Proyecto de DIGITALIZACIÓN DEL ECG en la HCE en toda el área cardiológica. Inicialmente en el 2019 se puso el foco en la digitalización del ECG en el área cardiológica intrahospitalaria y hospital de día de IC. El área que se ha sumado a la digitalización del ECG en estos meses es la nueva Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos (UCCAR). Queda pendiente el resto área de hospitalización y el hospital de día de IC, que precisa de una solución estructural que permita una digitalización inmediata con un sistema wifi.
  9. Dentro del grupo de AP-AE cardiológica se continuo trabajando durante los primeros meses del año en el grupo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria. Actualmente pendiente de diseñar el informe de continuidad de cuidados tras una hospitalización integrado en la HCE junto al informe médico. No obstante, y pese a todas las dificultades acontecidas, se ha logrado la integración en HCE de dos informes de continuidad de cuidados a cargo del personal de enfermería en el servicio de cardiología: en la Unidad de Hemodinámica y en la consulta de Marcapasos (Unidad de arritmias).
  10. El año 2020, tercer y último año del PROYECTO DE LA RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO con objetivos específicos orientados al proceso quirúrgico cardíaco, ha tenido un desarrollo incompleto aunque se han podido realizar las siguientes actividades:
    1. Creación de un grupo multidisciplinar que ha desarrollado una vía clínica en el proceso quirúrgico cardíaco, cuya gestión está liderada por el S. de anestesia del HUMS. El servicio de Cardiología lidera la gestión del subproceso de "valoración de la indicación quirúrgica", así como el de "evaluación de los resultados en salud al año". Además participa en el resto de subproceso.
    2. Se ha protocolizado las pruebas necesarias por tipo de cirugía cardíaca
    3. Se han creado circuitos telemáticos con los servicios de Geriátrica y Rehabilitación para poner en marcha la prehabilitación
    4. Se ha protocolizado el informe de la sesión médico-quirúrgica con un "episodio clínico específico" en la HCE de cada paciente

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

### 1. TÍTULO

#### RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

5. Se ha creado un registro para valorar resultados en salud al año de seguimiento de una cirugía cardiaca
6. El proceso quirúrgico cardiaco ha sido presentado presencialmente en prácticamente todos los hospitales de la Comunidad de Aragón, con excepción del H. De Barbastro y en el HUMS

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados expuestos se han valorado a 30 de noviembre de 2020

- 1.- 10 reuniones mensuales del grupo en 2019 y 2 en 2020 . 22 en total desde su inicio en abril de 2018
  - 2.- Realización de una sesión formativa sectorial multidisciplinar acreditada el 21 de noviembre de 2019. Acreditada por la Formación continuada de profesiones sanitarias de Aragón. Duración 5 horas
  - 3.- Porcentaje de interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =96 horas (estándar = 50%): 75.8% en 2019 y El 82% en 2020
  - 4.- Porcentaje de interconsultas resueltas de forma no presencial (Estándar = 22%): El 43.2% de resolución (33.5% en 2019)
  - 5.- Porcentaje de consultas externas presenciales con implantación de HCE y evolución clínica en la plataforma de HCE (Estándar = 60%): El 95% tienen implantado el uso de la HCE como herramienta habitual.
  - 6.- Revisión y elaboración de protocolo de derivación a consultas monográficas intraservicio (Insuficiencia cardiaca y Congénitas del adulto)
    - Se ha elaborado un protocolo de derivación intraservicio a la Unidad de Insuficiencia cardiaca.
    - Se ha elaborado un protocolo para la derivación interna desde las CEXT de cardiología general o la ICV la U. de congénitas del adulto con participación del S. de Neurología
  - 7.- Protocolización de criterios de indicación/adequación estudios electrofisiológicos Se han implementado y desarrollado los protocolos realizados en el 2019 en los siguientes procesos:
    - Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos (2019-2020)
    - Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica a finales del 2019
    - Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias, pendiente de desarrollo
  - 8.- Protocolización de criterios de indicación/adequación cateterismos cardiacos Se han implementado y desarrollado los protocolos realizados en el 2019 en los siguientes procesos:
    - Informe de continuidad de cuidados asistenciales integrado en HCE por parte del personal de enfermería (enero\_2020)
    - Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco. (2019)
    - Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural.
    - Actualización de todos los consentimientos informados de los diferentes procedimientos intervencionistas.
- Validados por la UCA y disponibles en la intranet
- Creación de un grupo multidisciplinar (18 y 23 /12/2020) en el proceso TAVI. En desarrollo
  - Creación de un grupo multidisciplinar (2019) en el proceso MITRACLIP. En desarrollo

- 9.- Definición de un modelo de consulta de enfermería en los CS para el seguimiento de pacientes con enfermedad cardiovascular Durante el año 2019 se formó un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, dentro del grupo de AP-AEC
- 10.- Porcentaje de ecocardiograma transtorácicos ambulatorio realizado en <30 días desde su petición (Estándar = 32%). El 80.4% (504 ecocardiogramas) en 2019 y el 74,4% en 2020
- 11.- Porcentaje de consultas ler día PREFERENTES presenciales derivadas desde AP por patología cardiaca y resueltas en =30 días (Estándar = 60%). El 77% (396 consultas) en 2019 y el 77% (497 consultas) en 2020 derivadas al CME S. José en 2020  
Esta evaluación solo se puede realizar en el CME S. José según información de la Dirección de Gestión del HUMS.
- 12.- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (Estándar = 80%). El 86.8% (383 consultas) en 2019 y El 81.9 % (542 consultas) en 2020
- 13.- Número de pacientes con implante actual de marcapasos al que se le entrega home-monitoring en la consulta de MCP. Control sin cita (Estándar = 30%). El 100% de los pacientes con primoimplante y/o recambios de un marcapasos desde el 1 de julio de 2020 y con carácter retrospectivo a 1 de enero de 2020.
- 14.- Porcentaje de altas en el S. de Cirugía Cardiaca del HUMS, tras cirugía cardiaca mayor, con cita en consulta de cardiología en la toda la comunidad aragonesa (Estándar = 60%). Durante los años 2019 y 2020, se han gestionado y enviado a los servicios de cardiología referentes el 100% de todos los informes de alta emitidos por el S. de Cirugía cardiaca pendientes de cita en CEXT de cardiología. En la evaluación posterior, más del 80% de estos pacientes tenían una cita en HCE o habían sido vistos antes de los 60 días postalta hospitalaria y el resto se encontraba en buzón pendiente de citación.
15. Porcentaje de revisión de citas/buzones pendientes al alta hospitalaria (Estandar = 80%). Durante los años 2019 y 2020 se han revisado el 100% de todas la citas y buzones pendientes en la HCE de pacientes ingresados. En 2019 279 (citas y/o buzones) anulados por ser considerados redundantes e innecesarios.  
Como resumen, los resultados expuestos ponen de manifiesto el importante compromiso de todo el personal adscrito al servicio de cardiología: médico, enfermería, auxiliar, celadores, administrativo, etc.. con la misión, visión y valores tanto del Hospital Universitario Miguel Servet como del Servicio de Cardiología incluso en situaciones excepcionales como la que hemos vivido durante el año 2020 como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV2. El alcance general de los objetivos no ha sido del 100%, sin embargo, nuestros objetivos como servicio tienden a buscar la excelencia que esperamos alcanzar en un futuro muy cercano

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo AP-AE cardiológico multidisciplinar es un foro muy importante para la creación de protocolos locales de procesos asistenciales compartidos, prevalentes y decisivos en la patología cardiovascular de nuestro sector, permitiendo, a su vez, una mejor relación entre ambos niveles asistenciales. De la misma forma, estamos convencidos que las sesiones en los CS por parte de los cardiólogos referentes, hasta ahora



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

### 1. TÍTULO

#### RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

presenciales, han sido clave en esta relación entre profesionales que se refleja en el grado de resolución de la interconsulta virtual. La pandemia ha condicionado la discontinuación de ambas sesiones que esperamos retomar tras la adquisición de los dispositivos necesarios que permitan su desarrollo virtual.

Existen procesos asistenciales intraservicio que se han podido protocolizar durante este año y otros siguen pendientes de ser desarrollados en los próximos meses. El objetivo de muchos de ellos es dar un papel relevante y necesario al personal de enfermería, en muchas ocasiones de forma autónoma, lo que requiere formación específica de calidad y tiempo necesarios, que en ocasiones es infraestimado. Los resultados analizados tras el inicio de la consulta propia de enfermería para el seguimiento de marcapasos son excelentes y animan a seguir en esta dirección.

La necesidad de registrar de forma adecuada toda actividad asistencial es crucial para poder analizarla. Varios son los problemas que la dificultan.

La pandemia por SARS-CoV2 ha menoscabado la atención de los pacientes con enfermedad cardiovascular a nivel mundial. Sin embargo, la excelente relación alcanzada en los últimos dos años entre los profesionales implicados en nuestro sector, objetivo principal del proyecto actual, ha permitido mantener una buena y adecuada atención de nuestros pacientes cardiológicos a pesar de las circunstancias excepcionales vividas. Todo ello, junto a la puesta en valor del trabajo del personal, cuyos resultados se comunican periódicamente, han incrementado el compromiso y la alineación con los objetivos planteados en el servicio, cuyos indicadores de gestión siguen la tendencia positiva de años previos

#### 7. OBSERVACIONES.

El proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico está previsto para su desarrollo en tres años, siendo el pasado año 2020 el tercer y último año. No obstante, el año 2020 no ha permitido desarrollar todos los objetivos específicos planteados y relacionados con el proceso quirúrgico cardiaco, motivo por el que proponemos su prolongación durante el año 2021

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

Nº de registro: 0135

Título  
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

#### TEMAS

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

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

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

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

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

**1. TÍTULO**

**RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO**

**Fundamental:**

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

**Específicos:**

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

**MÉTODO**

Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.  
 Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.  
 Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.  
 Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.  
 Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.  
 Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.  
 Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.  
 Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.  
 Definición de modelo de consulta de enfermería.

**INDICADORES**

Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días	=95%	
Interconsultas resueltas de forma no presencial =20%		
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días	=60%	
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor		=60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días	=80%	
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días		=80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición =30%		
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada		=50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta		=60%

**DURACIÓN**

Primer semestre:  
 Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.  
 Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.  
 Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.  
 Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.  
 Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.  
 Elaboración de Checklist.  
 Informatizar lista de espera HD y EFL.  
 Segundo semestre:  
 Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.  
 Aplicación de Checklist.  
 Definición consulta Enfermería.  
 Difusión a profesionales de AP-AE.  
 Implantación de los protocolos realizados.  
 Evaluación continua.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

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

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

**1. TÍTULO**

**RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO**

\*\*\* ===== \*\*

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/01/2021

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SAZATORNIL MARIA REYES

VINUES SALAS CARLOTA

LARRODE LECIÑENA ITZIAR

GRACIA CASADO GEMA LUCIA

REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL

CASAJUS NAVASAL ANDREA

VECINO SOLER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualizar e implementar el protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".

Farmacia+Enfermería

Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad

Farmacia+Enfermería

Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.

Farmacia+Enfermería

Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos (incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.

Farmacia+Enfermería

Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia. Farmacia+Enfermería

Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización

Farmacia+Enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las diferentes fases de escalada y desescalada que ha modificado el tipo de cuidados de especialidades concretas a unidades mixtas, han provocado igualmente el incremento de solicitudes urgentes y devoluciones. Las unidades de cuidados han tenido que transformarse, incluso trasladarse fuera de sus ubicaciones para ser diseñadas en unidades para pacientes COVID: un 80% de las unidades se han visto afectadas por esta situación. Por otra parte, el servicio de Farmacia ha dispensado a los pacientes COVID con alta hospitalaria, el tratamiento farmacológico ambulatorio, siendo por petición urgente el modo de realizar la solicitud de esta medicación en las unidades.

Independientemente de la pandemia, en el proyecto de HCE del Departamento, en el área de Farmacia, se ha iniciado las solicitudes fuera de hora, al implantar la firma de la administración de forma electrónica. Este hecho, junto a la gran movilidad de profesionales de enfermería en las distintas unidades por pandemia COVID, ha provocado una distorsión real del dato, ya que se han solicitado fármacos fuera de hora como urgentes y viceversa.

Por otro lado, tras comparar los datos facilitados por el Servicio de Farmacia con lo remitidos en el seguimiento del Proyecto 2018-2019, se advirtió unas diferencias significativas de cantidad y concepto. Consideramos que con los datos facilitados 2018/2020 no se puede realizar una evaluación objetiva de los resultados. En la reunión de Control con la DGAS se expondrán las necesarias explicaciones al respecto. \*

En relación a la solicitud, recepción y custodia de estupefacientes está implantado en el 100% de las Unidades de gran consumo.

Durante el año 2020 no se han podido llevar a cabo las dos ediciones del curso manejo seguro de fármacos en las unidades de enfermería del HUMS por la anulación de la Formación presencial.

La normalización de botiquines siguiendo criterios de seguridad se ha implementado en el 90% de las unidades de cuidados, comprobado tras la revisión presencial realizada en diciembre.

La revisión de los pactos se ha realizado entre el farmacéutico responsable de la unidad y la supervisora de ésta, exclusivamente en las unidades que han mantenido en un alto porcentaje, el tipo de cuidados prestados, no llegando por este motivo al 20% por las causas enumeradas anteriormente.

Sobre la línea de fármacos peligrosos, se ha continuado el trabajo iniciado en las unidades de cuidados intensivos, no obstante, su transformación en unidades COVID no ha permitido el desarrollo completo del proyecto.

Durante el año 2020 se ha puesto en marcha sistemas de dispensación automática en seis unidades de cuidados: 8<sup>a</sup> HUMI, 2<sup>a</sup> MI H General, 4<sup>a</sup> C Torácica-MF H General, 1<sup>a</sup> C Vascular H Quirúrgico, 3<sup>a</sup> C General H Quirúrgico, 9<sup>a</sup> Urología H Quirúrgico por traslado planificado de la Unidad.

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

### 1. TÍTULO

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

##### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia de Gestión de Riesgo relacionado con la asistencia sanitaria, expone la instauración de las condiciones de seguridad establecidas para una correcta preparación de fármacos, que implica un espacio específico y un entorno adecuado. La revisión realizada de los botiquines del H General, nos hace ver la falta de estandarización del tipo de gaveteros y espacios de los botiquines, aunque si se cumplan los criterios de seguridad. Debemos de trabajar en mejorar por una parte, la distribución de los espacios físicos en las unidades, así como en los sistemas de almacenaje de los botiquines, estandarizándolo a máximos, con armarios y sistemas de dispensación específicos a este fin.

Las incidencias con la exportación de datos del programa de Gestión de Farmacia, junto con la gestión de la pandemia en el Centro, han impedido un seguimiento continuo de los indicadores relacionados con las peticiones urgentes y devoluciones.

Las unidades de cuidados han perdido en este 2020, la posibilidad de estandarización de sus botiquines, así como la realización de pactos debido a la variabilidad y diversidad de pacientes ingresados en las mismas.

En resumen, la prioridad en la gestión de la pandemia, ha imposibilitado el desarrollo en tiempo y forma del proyecto de mejora.

Por todo ello tras el análisis de la situación actual en las unidades de cuidados, se realiza la propuesta de continuar el proyecto iniciado en el año 2018, al que debemos sumar los objetivos del Contrato Programa 2020-2023:

1. Realizar un proyecto de adecuación estructural y ubicación de los botiquines de las unidades de Cuidados de Hospitalización. En el mismo se dotará a los botiquines de las unidades del mobiliario específico para el adecuado y seguro almacenamiento de medicamentos.
2. Efectuar las modificaciones que ha conllevado la introducción del módulo de administración en el Protocolo de Botiquines del centro, en el mes de febrero.
3. Revisar y adecuar los pactos de consumo de las unidades
4. Diseñar un panel de indicadores que reflejen trimestral sobre solicitudes urgentes, fuera de hora y devoluciones (por causas), que permitan hacer un seguimiento real de los pactos, consumos y revisiones de los botiquines.
5. Programar reuniones sistematizadas con las supervisoras y el servicio de farmacia, que engloben la verificación de estos indicadores, las modificaciones de los pactos, así como las revisiones realizadas internamente por las supervisoras y la anual que realiza el servicio de farmacia en los botiquines de las unidades.  
En estas reuniones se hará hincapié de todas aquellas áreas que las supervisoras detecten puedan producir errores de medicación (EM).  
Se recogerá en un acta que se remitirá al servicio de farmacia y ala Dirección de Enfermería.
6. Avanzar en todos los aspectos del protocolo que no se han podido llevar a cabo en la pandemia en relación con el control de los estupefacientes y fármacos peligrosos.
7. Programar talleres de formación de forma presencial en las unidades, así como online.

##### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0957

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....:

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

### 1. TÍTULO

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

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El personal de enfermería de las unidades de hospitalización conjuntamente con los farmacéuticos, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el manejo de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los mismos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico

Tras la elaboración de un mapa de riesgos en el manejo de fármacos llevado a cabo en las unidades de cuidados del HUMS y las evaluaciones que se realizan periódicamente desde el servicio de farmacia, se han detectado problemas a lo largo de la cadena terapéutica del medicamento, lo que requiere la puesta en marcha de medidas correctivas y preventivas para evitar potenciales daños a los pacientes.

##### RESULTADOS ESPERADOS

.Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia, neveras y armarios de dispensación automática, con criterios de seguridad, evitando así caducidades y devoluciones innecesarias.

.Mejorar el proceso de reposición de la medicación en las unidades de enfermería optimizando el proceso de reposición de stock, disminuyendo el número de pedidos urgentes.

.Identificar los medicamentos de alto riesgo, para el paciente, de cada unidad de hospitalización, y establecer recomendaciones para su uso seguro.

.Asegurar que la manipulación de medicamentos peligrosos en las unidades de hospitalización es la correcta, evitando riesgos para la salud de los profesionales que los manejan.

.Mejorar la custodia y dispensación controlada de estupefacientes y psicótopos en las unidades de cuidados de enfermería.

##### MÉTODO

.Actualizar e implementar el protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".

.Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad ( 45 botiquines)

.Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.

.Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos(incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.

.Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.

.Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización

.Elaborar listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización.

.Informar y formar sobre los riesgos asociados a los mismos y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para la salud de los profesionales que los manipulan.

##### INDICADORES

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

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

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

##### DURACIÓN

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

Comunicar proyecto Abril - Mayo 2019

Implantar el protocolo año 2019

Normalizar botiquines en hospitalización. Año 201

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

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

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

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

-2019 Diciembre 2019

Comunicar resultados- Diciembre 2019

Todas las actividades se realizaran por los integrantes del proyecto

##### OBSERVACIONES

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

**1. TÍTULO**

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

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 - 2019/0863

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL ASESORAMIENTO GENETICO PRENATAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 15/01/2021

2. RESPONSABLE ..... MAURICIO CAYO TAJADA DUASO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUSTA ROLDAN MARISA  
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE  
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS  
PALACIOS LAZARO MARTA  
PARIS BOJ VIRGINIA  
RODRIGO RODRIGUEZ MARIA  
PASCUAL PELEGRINA LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha elaborado un documento que especifica el nuevo circuito asistencial para asesoramiento genético prenatal
2. Agenda telefónica abierta en genética prenatal
3. Se ha elaborado un informe conjunto de obstetricia-genética de las gestantes vistas en consulta multidisciplinar (historia de diagnóstico prenatal en la plataforma de Intranet HPDoctor).
4. Se ha elaborado un informe de alta de diagnóstico prenatal para las madres con gestaciones que presentan fetos con defectos congénitos o patología genética y que se acogen a una interrupción legal de la gestación (alta de diagnóstico prenatal en la plataforma de Intranet HPDoctor).
5. Organización de la consulta de la ecografía de primer trimestre para integrar la solicitud y entrega del consentimiento informado del test fetal no invasivo sin necesidad de citarse en la consulta de diagnóstico prenatal

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Circuito asistencial en funcionamiento durante 2020
2. Se dispone de agenda telefónica en genética para informar de los resultados normales:
  - a. 98% de las mujeres gestantes a las que se les realiza el Test fetal no invasivo (NIPT) han sido informadas telefónicamente del resultado antes de 10 días.
  - b. 90% mujeres gestantes a las que se les realizan técnicas invasivas de diagnóstico prenatal son informadas del resultado preliminar (QF PCR / FISH) en 72 horas.
3. El 80% de gestantes atendidas en 2020 por sospecha de patología genética prenatal tienen completada las entradas de genética en la historia informatizada HPDoctor de diagnóstico prenatal.
4. El 90% de las pacientes que se han acogido a una interrupción legal de la gestación por causa malformativa o genética reciben un informe conjunto de "alta de diagnóstico prenatal"
5. El 100% de mujeres gestantes con riesgo intermedio de cromosomopatía a las que se les oferta la realización del test fetal no invasivo recibe la solicitud de la prueba y el consentimiento informado en la misma consulta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de las actividades realizadas por el equipo de mejora es muy positiva, alcanzándose prácticamente todos los objetivos propuestos. Sin embargo, la saturación actual de la actividad clínica de los facultativos de genética condiciona la búsqueda de alternativas que puedan aminorar su carga asistencial. Aunque la complejidad del asesoramiento ante el diagnóstico prenatal de anomalías genéticas hace indispensable la participación de estos especialistas en la consulta multidisciplinar donde se informa a los progenitores en caso de detectar patología genética fetal, los facultativos de diagnóstico prenatal, que llevan a cabo la solicitud del procedimiento de cribado (en caso de estudio de DNA fetal en sangre materna) o diagnóstico (en caso de realización de biopsia corial o amniocentesis) pueden hacerse cargo de los resultados de normalidad en ambos procedimientos con el apoyo de la matrona asignada a la unidad y la modificación de las agendas en la consulta de diagnóstico prenatal. Por ello se propone la modificación de las agendas de la consulta de diagnóstico prenatal que incluyan citas para los resultados telefónicos de los casos normales de test fetal no invasivo, biopsias coriales y amniocentesis y que estas sean informadas telefónicamente por facultativos de diagnóstico prenatal.

#### 7. OBSERVACIONES.

OPTIMIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL ASESORAMIENTO GENÉTICO EN DIAGNÓSTICO PRENATAL\*.

\*Se modifica el título al desglosarse este proyecto del asesoramiento genético en cáncer hereditario (0863)

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

Nº de registro: 0863



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

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL ASESORAMIENTO GENETICO PRENATAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

#### TEMAS

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

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Ley de Investigación Biomédica define el Consejo genético como el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para él o su descendencia de los resultados de un análisis o cribado genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para asesorarla en relación con las posibles alternativas derivadas del análisis. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o cribados genéticos e incluso en ausencia de los mismos.

El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina proclamó en su artículo 12: Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento genético, que se da no solo en diagnóstico prenatal sino también en otras disciplinas, como la Oncología es un proceso y no un acto médico aislado.

Por ello y dada la trascendencia clínica y de necesidad de recursos, además en un medio en constante actualización y de aparición de informaciones nuevas con mayor o menor trascendencia clínica, es necesario ordenar de forma reglada los distintos actos que conducirán al asesoramiento genético para que la asistencia se produzca de la forma más correcta posible.

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

Reordenación de circuitos en consejo Genético Oncológico y Prenatal.  
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Oncológico:  
Ubicación en consultas con agenda específica médica y de enfermería, fuera del Proceso de Cáncer de Mama.  
Toma de decisiones/actualización-elaboración de protocolos multidisciplinarios consensuados.  
¿Quién hace el Consejo Genético?  
¿A quién se le pide el Análisis Genético?  
¿Plazos máximos de realización del análisis?  
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Prenatal:  
Protocolos de actuación conjuntos entre Obstetricia, Genética y Pediatría.  
¿Quién da la información previa?  
¿Quién y donde da la información del resultado?  
Consultas conjuntas con los tres especialistas para mejorar la toma de decisiones.  
Laboratorio: reorganización de las consultas.  
Priorización en el análisis.  
Ordenación/derivaciones a laboratorios externos...

#### INDICADORES

Nº protocolos revisados/actualizados/elaborados en cada disciplina. =2  
% de pacientes/familias a los que se les hace el consejo genético oncológico en <=3 meses = 40%  
% pacientes oncológicos y familiares susceptibles a los que se realiza análisis genético en <6 meses análisis

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

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL ASESORAMIENTO GENETICO PRENATAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

genético en <6 meses =30%  
% pacientes susceptibles que se incluyen en seguimiento apropiado =80%  
% de pacientes susceptibles a los que se realiza tratamiento profiláctico en plazo <9 meses =80%  
% mujeres gestantes susceptibles de ello vistas en consulta multidisciplinar =80%  
Definición de cartera de servicios de la agenda específica de Enfermería en Consejo Genético Oncológico. 100 %  
Definición de los estándares de actividad de la Consulta de Enfermería. 100 %

#### DURACIÓN

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

\*\*\* ===== \*\*

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GALAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H MIGUEL SERVET  
· Localidad ..... ZARAGOZA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... ZARAGOZA 2

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 14 reuniones del grupo de Comisión de raquis a lo largo del 2020, con sus correspondientes actas. Este año se han incorporado a las especialidades ya integradas en la Comisión, Neuro-radiología intervencionista y la Unidad del dolor. No se han podido llevar a cabo las sesiones informativas a Especializada ni a Atención Primaria, debido a la situación actual de pandemia con todo lo que ha conllevado. En cuanto a la realización de los protocolos, están en fase de elaboración los de Urgencias, Unidad del dolor y Neurología-radiología.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado el 100% de actas de las reuniones de la Comisión.  
El 92'8% de los pacientes remitidos a la Comisión han sido vistos en consulta externa.  
El 87'4% de pacientes cumplen criterios de derivación a la Comisión del Raquis.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto de continuación que se comenzó en el año 2018. Se constituyó una Comisión de Patología del Raquis, con la participación de RHB, Unidad de Columna y Neurocirugía, habiéndose incorporado este año Neuro-radiología intervencionista y la Unidad del dolor. Se ha conseguido coordinar el manejo de la patología del Raquis, establecer una cartera de servicios común para los servicios implicados en el tratamiento de esta patología, que las derivaciones de otros Centros aporten la información suficiente para que se proceda a la valoración por la citada Comisión. Serán objetivos a abordar durante el año 2020 la consolidación y seguimiento del circuito de derivación de los pacientes con patología del raquis, la coordinación iniciada con el Servicio de Urgencias, Unidad del dolor y Unidad de Neurorradiología, así como el establecimiento de los criterios de derivación a la consulta específica de fractura vertebral. Retomaremos el abordaje del programa de sesiones en Centros de Salud.

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

#### 7. OBSERVACIONES.

Destacar la dificultad para llevar a cabo las sesiones informativas y la coordinación limitados por la situación extraordinaria de este año con aforos limitados, etc.

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

Nº de registro: 0120

Título  
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

#### TEMAS

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información. Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

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

#### INDICADORES

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

#### DURACIÓN

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

\*\*\* ===== \*\*