

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de AG y CP-2019)

Número de memorias: 44 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:10:39 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 ANESTESIA Y REANIMACION	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2019_0107	S2	02/12/2020	ERAS EN CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2019_0526	F	27/11/2020	DETECCION PREOPERATORIA DE GERMINES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PUERTOLAS ORTEGA MARIA	2019_0531	F	02/12/2020	IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	TARANCON ROMERO MARIA ELENA	2019_0568	S3	25/11/2020	OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2019_0603	S2	01/12/2020	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0942	S3	27/12/2020	PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2019_1452	F	15/01/2021	PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO	2019_1455	S1	14/01/2021	MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	VAZQUEZ BERGES IRENE	2019_0540	S2	29/12/2020	EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES
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 CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2019_0777	F	21/01/2021	PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2019_0934	F	17/01/2021	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S3	22/12/2020	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DE HUMOS MSERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2019_1081	F	30/12/2020	GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2019_1224	S1	31/12/2020	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS	2019_1262	S3	16/01/2021	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO
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 ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIVITANI MONZON ELISA	2019_1306	F	05/01/2021	MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IZQUIERDO GARCIA ISABEL	2019_1377	S2	27/12/2020	PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0887	S2	28/12/2020	APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de AG y CP-2019)

Número de memorias: 44 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:10:39 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0898	S2	28/12/2020	ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	LASSO OLAYO JESUS MARIA	2019_1382	S3	26/01/2021	SEGUIMIENTO SISTEMATICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2019_1486	S2	29/12/2020	DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2019_0814	F	30/12/2020	CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	ALMARCEGUI LAFITA CARMEN	2019_0663	S2	04/12/2020	REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUENO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2019_0820	F	29/12/2020	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2019_0709	S2	09/12/2020	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2019_0054	S2	23/11/2020	UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2019_0127	S1	30/12/2020	IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO
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 ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2019_0427	S2	09/12/2020	AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CASTEJON PONCE ESPERANZA	2018_1176	F	28/12/2020	REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2019_1245	S2	21/12/2020	PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DETERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE	2019_1422	S2	17/01/2021	MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DEL CARRO DE PARADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET QUIROFANOS	YUBERO MORALES ANA TERESA	2019_1080	F	22/12/2020	INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO. PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO "A"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2019_1393	F	23/12/2020	SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿COMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_0120	S2	30/12/2020	GESTION CLINICA DEL RAQUIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	PIQUER GOMEZ TRINIDAD	2019_0743	F	28/12/2020	PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GARCES HORNA SILVIA	2019_1199	F	29/12/2020	FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2019_1490	F	24/12/2020	IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

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
ORIOLO 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
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 - 2019/0107

1. TÍTULO

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 02/12/2020

2. RESPONSABLE LUCIA GALLEGO LIGORIT
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
VALLES TORRES JORGE
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
HERRERO TRAVER MIRIAM
HERNANDO VELA BELEN
GUTIERREZ IBAÑES PABLO
VALLEJO GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actualización de la literatura en relación con el tema, teniendo en cuenta el momento de Pandemia en el que vivimos. Actualización ERAS COVID19
2. Redistribución de tareas y trabajos pendientes
3. Diferenciación ERAS/Fast-track. Criterios de inclusión fast-track. Pacientes que pueden ser incluidos en este programa. Check-list con ítems de cumplimentación obligatoria, en cada uno de los puntos del proceso, sin los cuales el paciente no puede seguir siendo incluido en el programa

4. Ámbito de Prehabilitación

- Información básica de prehabilitación: pendiente de taller colectivo para los pacientes que no acuden a rehabilitación, ya que no cumplen criterios de severidad para ello
- Pacientes derivados a Prehabilitación:
Criterios de derivación según escala FRAIL de fragilidad y/o no cumplimiento de las recomendaciones de actividad física de la OMS
Programa de prehabilitación individualizado en pacientes de alto riesgo quirúrgico
-Se proporciona en consulta de cirugía cardíaca un folleto informativo de todo el proceso y recomendaciones

5. Preoperatorio

- Reducción del tiempo de ayuno preoperatorio
- Administración preoperatoria de hidratos de carbono de liberación prolongada.
- Optimización preoperatoria de anemia y déficit de hierro
- Desarrollo de protocolo de manejo de antiagregantes y anticoagulantes en el preoperatorio
- Cribado de gérmenes mutirresistentes y protocolo de profilaxis antibiótica personalizado

6. Intraoperatorio Anestésico

- Disminución uso benzodiazepinas
- Dosis de relajantes neuromusculares (RNM) ajustadas correctamente
- Analgésicos opioides de corta duración
- Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios por mecanismos diferentes
- Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, antes de salida de quirófano
- Anestesia locorregional para mejor control del dolor
- Monitorización de la relajación neuromuscular
- Monitorización de la temperatura
- Hipotermia moderada y salida de quirófano en normotermia
- Control de glucemia y pauta insulínica
- Goal Directed Therapy en relación con la fluidoterapia
- Ventilación de Protección Pulmonar
- Cirujano y anestesiólogo deciden, al final de la intervención, si el paciente sigue siendo candidato a Fast-Track
- Adecuada transmisión de la información a UCI Postcardíaca. Guión. Objetivos

7. Intraoperatorio Quirúrgico

- Los cambios introducidos han tenido como objeto una disminución del tiempo de bypass cardiopulmonar y de clampaje aórtico, 2 variables relacionadas ampliamente en la literatura médica con el aumento de la morbimortalidad en cirugía cardiovascular.
- Solución Cardiopléjica Celsior: solución cardiopléjica cristalóide de tipo extracelular (inducen la parada cardíaca, evitan los efectos deletéreos del periodo de la isquemia y previenen el daño de repercusión) que permite 90 minutos sin interrupción del procedimiento quirúrgico para su administración
 - Prótesis biológica aórticas sin sutura (Sutureless) Perceval S e Intuity: la no necesidad de suturar la prótesis cardíaca al anillo valvular disminuye los tiempos de bypass cardiopulmonar y de clampaje aórtico
 - Realización de bypass coronario con injertos arteriales según Técnica Tector: con esta técnica no es preciso la realización de anastomosis proximales de los injertos utilizados para la cirugía de bypass coronario, con la consiguiente disminución de los tiempos quirúrgicos

8. Postoperatorio Inmediato en UCI Postcardíaca

- Recogida de información

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0107

1. TÍTULO

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

- Cambio de analgesia y sedación, minimización de benzodiazepinas y opiáceos. Escala RASS/EVA.
- Cambio de fluidoterapia, individualizada por objetivos
- Extubación precoz < 4h
- Disminución del ayuno postoperatorio. Inicio líquidos en 2 horas
- Cambio en la profilaxis antiemética
- Desarrollo y análisis de screening de delirio
- Movilización precoz: sedestación a las 24 horas postextubación y plan por pasos
- Criterios de cumplimentación obligatoria para paciente fast-track
- Criterios de alta de UCI en este tipo de pacientes

9. Postoperatorio en Planta

- Protocolo de acogida de paciente de UCI. Órdenes de tratamiento. Recomendaciones, incluyendo rehabilitación y telemetría
- Protocolo de analgesia postoperatoria
- Telemetría. Monitorización de pacientes fast-track en planta, si lo requieren
- Proyecto de mejora de calidad, con el objetivo de coordinar la rehabilitación cardiaca entre fase 1 y fase 2, en temas relacionados con: aspectos educativos de los factores de riesgo cardiovascular durante la estancia hospitalaria e información sobre deshabitación tabáquica
- Seguimiento rehabilitador durante toda la estancia hospitalaria y abordaje de las necesidades que presenta el paciente al alta
- Desarrollo de un formulario de alta hospitalaria, con una serie de ítems de cumplimentación obligatoria.
- Inclusión en el mismo de posibles complicaciones. Criterios de alta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han desarrollado la mayoría de protocolos necesarios para el manejo del paciente ERAS en Cirugía Cardíaca, pero no ha sido posible la implantación de todos ellos, debido a la situación actual de pandemia por COVID-19. Por ello, no disponemos de indicadores que nos ofrezcan información sobre el beneficio o no perjuicio de este proyecto.

El impacto del proyecto es enorme, ya que en la actualidad todas las cirugías están desarrollando programas similares con el fin de mejorar las condiciones de salud de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, desde la indicación de la cirugía, hasta su recuperación, acortando tiempos de estancia en UCI y hospitalaria, sin modificar la morbimortalidad o, incluso, disminuyéndola. Además, con esto se conseguiría disminuir los costes de todo el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es muy favorable, ya que gracias al desarrollo de este programa hemos podido comunicar entre unos servicios y otros nuestras necesidades y nuestros objetivos, en la mayor parte de las veces, comunes. Todo ello, en beneficio del paciente.

Quedan pendientes:

- Indicación por parte de Cirugía Cardíaca, de acuerdo con todo el equipo y con todos los protocolos establecidos, de que el paciente es susceptible de protocolo ERAS
- Taller colectivo para prehabilitación. No instaurado por la situación actual. Se plantea la posibilidad de desarrollo telemático
- Completar el desarrollo y análisis de screening del delirio en el postoperatorio en UCI
- Recogida de indicadores una vez quede implantado el proceso

A pesar de ello, nos seguimos encontrando con las siguientes dificultades o necesidades:

1. Disposición de espacio físico y de personal para poder informar a los pacientes que van a ser intervenidos aplicando este procedimiento ERAS.
2. Falta de tiempo para desarrollo de protocolos y para reuniones periódicas.
3. Falta de recursos humanos y materiales en las distintas etapas del proceso.

Especial mención a la falta de camas de cuidados críticos en un hospital de este nivel y a la no informatización del bloque quirúrgico y la no adquisición de un programa de gestión, con la dificultad de la obtención y el análisis de indicadores que ello conlleva.

El proyecto es ampliamente sostenible y reproducible. A medio plazo, la morbimortalidad de los pacientes se verá disminuida, al igual que el consumo de recursos destinado a su manejo y tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/107 ===== ***

Nº de registro: 0107

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0107

1. TÍTULO

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

ERAS EN CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GALLEGO LIGORIT LUCIA, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, VALLES TORRES JORGE, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, HERRERO TRAVER MIRIAM, HERNANDO VELA MIRIAM, GUTIERREZ IBAÑES PABLO, VALLEJO GIL JOSE MARIA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la mayoría de procedimientos quirúrgicos se están poniendo en marcha procesos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Es por ello, que vemos la necesidad de implementarlo en el manejo del paciente sometido a cirugía cardíaca. Con ello, se conseguiría mejorar las condiciones de llegada y salida de los pacientes, acortando su estancia hospitalaria y disminuyendo la necesidad de recursos económicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende mejorar las condiciones de salud de los pacientes sometidos a procedimientos de cirugía cardíaca, desde la indicación de la cirugía, hasta su recuperación, acortando tiempos de estancia en UCI y hospitalaria, sin modificar la morbimortalidad o, en su caso, disminuyéndola. Además, con esto se conseguiría disminuir los costes de todo el proceso.

MÉTODO

Para lo anterior, se necesita una comunicación con los servicios de cirugía cardíaca y UCI postcardíaca. También, con el servicio de cardiología. Sería necesaria la puesta en marcha de un proceso de prehabilitación del paciente (dieta, deporte, optimización de la medicación, etc), una preparación preoperatoria óptima y un manejo intraoperatorio y postoperatorio específico para un grupo seleccionado de pacientes sometidos a cirugía cardíaca (aquellos de menor riesgo y procedimientos menos complejos). Es necesaria la comunicación y la transversalización del proceso, mediante reuniones, con una frecuencia aproximada de 1 cada 2 meses.

INDICADORES

Los indicadores posibles serían:
Porcentaje de pacientes a los que les es aplicable un protocolo ERAS (estándar 60%).
Porcentaje de esos pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo (estándar, 80%).
Tiempo hasta extubación en UCI (estándar, 3 horas).
Porcentaje de reintervención (estándar, 5%).
Tiempo de estancia en UCI (estándar, 36 horas).
Porcentaje de Reingreso en UCI (estándar, 10%)
Tiempo de estancia Hospitalaria (estándar, 10 días)
Complicaciones a los 7 días (estándar, 10%) y a los 30 días (estándar, 10%).
Mortalidad a los 30 días (estándar, 4%).

La fuente de datos sería la HCE, la intranet, la HC de UCI postcardíaca.

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto sería marzo de 2019. La implementación completa del mismo, se estimaría a junio de 2020. Se establecen reuniones, cada dos meses. Revisión de bibliografía (hasta junio de 2019). Redacción de protocolo tras consenso (hasta diciembre de 2019) y puesta en marcha del mismo (enero de 2020). Recogida de indicadores (tras la puesta en marcha, trimestrales).

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 - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 27/11/2020

2. RESPONSABLE JORGE VALLES TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FAÑANAS MASTRAL JAVIER
LOPEZ GOMEZ CONEPCION
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
GUTIERREZ IBAÑES PABLO
BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE
MANCIBON SIERRA FRANCISCO JAVIER
JIMENEZ BEA LIRIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas con representantes de los profesionales implicados (Unidad de Anestesia Cardiotorácica, S. de Cirugía Cardiovascular, S. de Medicina Intensiva, S. de Microbiología, S. de Medicina Preventiva, Enfermería).
- Análisis de situación y puntos conflictivos a la hora de realizar el cribado preoperatorio.
- Evaluación de las diferentes pruebas disponibles para la detección de SARM y otros gérmenes multirresistentes.
- Evaluación de las medidas de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Elaboración de protocolo para la realización del cribado, teniendo en cuenta a pacientes de todo Aragón, y también a los pacientes que se intervienen de forma urgente. Difusión del protocolo y tablas informativas.
- Coordinación con el resto de centros hospitalarios para realizar las pruebas de forma ambulatoria en todos los sectores sanitarios de Aragón.
- Introducción de la prueba PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para la detección rápida de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM).
- Implantación de todas las medidas y difusión de la información al resto de profesionales.
- Adaptación del protocolo a la situación de pandemia COVID19. Se tuvo que suspender la toma de muestras que se realizaba de forma ambulatoria en todos los sectores del SALUD. Se realizó la implantación y fomento de la realización de pruebas PCR e informes preliminares de cultivos microbiológicos para la detección precoz en el momento del ingreso hospitalario justo antes de la intervención quirúrgica.
- Cumplimiento del calendario marcado. No se ha cumplido el calendario marcado al principio. En la primera memoria de seguimiento, no se alcanzaron los estándares fijados para los indicadores, por lo que hubo que incidir en la aplicación del protocolo realizando cambios e informando de forma más intensa al personal implicado. Con la llegada de la pandemia COVID19 hubo que aplicar nuevos cambios en el protocolo para poder adaptar el protocolo a los nuevos circuitos preoperatorios.
- Recursos empleados. Recursos humanos: tiempo y dedicación del personal implicados para organizar e implantar todas las medidas incluidas en el protocolo. Recursos materiales: implantación de la prueba rápida PCR para detección de SARM, material de reprografía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han analizado los datos de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca en los 3 últimos meses (01/09/20 - 30/11/2020). Durante ese periodo se intervinieron 104 pacientes de cirugía cardiaca electiva. Se detectaron 12 casos de pacientes con colonización por gérmenes multirresistentes, de los cuales 4 casos era Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina (SARM). Se obtienen los siguientes indicadores:
 - Realización prueba de cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con prueba de cribado solicitada en los 7 días previos a la intervención quirúrgica. Estándar: 85%. Resultado: 91%.
- Obtención de resultados de cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con resultado de prueba de cribado disponible antes de la intervención quirúrgica. Estándar: 75%. Resultado: 75%.
- Adecuación de la profilaxis antibiótica
- Porcentaje de pacientes en los que se realiza profilaxis adecuada al protocolo. Estándar: 95%.
- Pacientes que reciben la profilaxis antibiótica en los 60 minutos previos a la intervención quirúrgica: 100%.
- Pacientes con SARM que reciben tratamiento con doble antibioterapia: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha podido desarrollar y llegar a los objetivos. Debido a la situación de pandemia COVID19, se tuvieron que modificar las medidas implantadas inicialmente para poder realizar el cribado de forma rápida en el momento del ingreso hospitalario. Con el desarrollo del proyecto se ha conseguido que la mayor parte de los pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca mayor tengan realizado correctamente el cribado preoperatorio de gérmenes multirresistentes para poder adoptar las medidas oportunas en cuanto a descolonización y profilaxis antibiótica preoperatoria. Esto permite una mejor prevención de las infecciones postoperatorias. El proyecto puede ser utilizado y adaptado en otras especialidades quirúrgicas en las que también esté recomendado el cribado preoperatorio de gérmenes multirresistentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

- Situación de pandemia COVID19. Se tuvo que suspender la toma de muestras que se realizaba de forma ambulatoria en todos los sectores del SALUD. Se realizaron las adaptaciones del protocolo comentadas anteriormente.
- En algunos de los pacientes que se intervienen los lunes, no da tiempo a tener resultados de las pruebas microbiológicas antes de la intervención quirúrgica. Se seguirá trabajando con el Servicio de Microbiología para poder mejorar y buscar alternativas.
- Deficiencias y dificultades en el soporte informático para el seguimiento de los casos, la recogida de datos y el cálculo de indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/526 ===== ***

Nº de registro: 0526

Título

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Valores:

VALLES TORRES JORGE, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, GUTIERREZ IBAÑES PABLO, BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE, MANCEBON SIERRA FRANCISCO JAVIER, LIRIA JIMENEZ BEA

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 .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y coste en cirugía cardiovascular. Los principales patógenos responsables son Staphylococcus aureus (SA), tanto Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) como de Staphylococcus aureus sensible a meticilina (SASM). El origen de la infección suele tener una procedencia endógena en pacientes portadores. La colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes en pacientes de cirugía cardiovascular se asocia con mayores tasas de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en general y específicamente infección del sitio quirúrgico (ISQ), aumento de estancias, mayor mortalidad y mayores costes (1,2).

Los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular tienen una mayor probabilidad de colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes y son más vulnerables al desarrollo de complicaciones postoperatorias. En este tipo de pacientes es necesario realizar un cribado preoperatorio para detectar el estado de portador y poder aplicar las medidas preventivas, tratamiento de descolonización y profilaxis de forma precoz en el momento del ingreso hospitalario (3,4).

1. Saraswat MK, Magruder JT, Crawford TC, et al: Preoperative Staphylococcus Aureus Screening and Targeted Decolonization in Cardiac Surgery. Ann. Thorac. Surg. 2017;104:1349-56.
2. Walsh EE, Greene L, Kirshner R: Sustained Reduction in Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Wound Infections After Cardiothoracic Surgery. Arch. Intern. Med. 2010;171:68-73.
3. Malani PJ. Bundled Approaches for Surgical Site Infection Prevention. The Continuing Quest to Get to Zero. JAMA 2015; 313 (21).1.
4. Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler, Dellinger EP, Greene L, Nyquist AC, Saiman L, Yokoe DS, Maragakis LL, Kaye KS. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 June ; 35(6): 605-627.

RESULTADOS ESPERADOS

El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario Miguel Servet atiende a pacientes provenientes de todos los sectores sanitarios de Aragón, lo cual precisa de una adecuada coordinación de los diferentes servicios y centros sanitarios para realizar un correcto cribado antes del ingreso programado del paciente. Además, la importante proporción de pacientes intervenidos de forma preferente durante un ingreso hospitalario urgente requiere una detección precoz de los portadores.

Con el desarrollo del proyecto se pretende que todos los pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca mayor tengan realizado correctamente el cribado preoperatorio de gérmenes multirresistentes para poder adoptar las medidas oportunas en cuanto a descolonización y profilaxis antibiótica preoperatoria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

MÉTODO

Reuniones periódicas con representantes de los profesionales implicados: Servicio de Anestesiología, Servicio de Cirugía Cardiovascular, Servicio de Medicina Intensiva, Servicio de Microbiología, Servicio de Medicina Preventiva, Enfermería.

Análisis de situación y puntos conflictivos a la hora de realizar el cribado preoperatorio.

Evaluación de las diferentes pruebas disponibles para la detección de SARM y otros gérmenes

multirresistentes.

Evaluación de las medidas de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica preoperatoria.

Elaboración de protocolo para la realización del cribado, teniendo en cuenta a pacientes de todo Aragón, y también a los pacientes que se intervienen de forma urgente.

INDICADORES

- Realización prueba del cribado antes de la intervención.

Porcentaje de pacientes con prueba de cribado solicitada en los 7 días previos a la intervención quirúrgica.

Estándar: 85%.

- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención.

Porcentaje de pacientes con resultado de prueba de cribado disponible antes de la intervención quirúrgica.

Estándar: 75%.

- Adecuación de la profilaxis antibiótica

Porcentaje de pacientes en los que se realiza profilaxis adecuada al protocolo. Estándar: 95%.

- Fuente de datos: historia clínica de los pacientes.

DURACIÓN

- Reuniones, análisis de situación, evaluación de los medios disponibles, evaluación de las medidas a aplicar y elaboración de protocolo. 1-3 meses.

- Aplicación del protocolo. Información y comunicación a todos los profesionales implicados. Evaluación de su funcionamiento. Medidas correctoras. 2-4 meses.

- Obtención de indicadores y evaluación. 6-12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Fecha de entrada: 02/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA PUERTOLAS ORTEGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
JIMENEZ BEA LIRIA
BARRADO GIL PEDRO
COTERA USUA IGNACIO
MOLINOS ARRUEBO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Implantación completa de Sistema de Gestión de la Calidad. Diseño de mapa de proceso, desarrollo de documentación en vigor, procedimientos con instrucciones técnicas derivadas. Desarrollada gestión del riesgo. Se ha llevado a cabo DAFO, objetivos y acciones correctivas derivadas.
Se ha elaborado una extensa documentación quedando reflejado toda la actividad diaria que compete a la Unidad de Anestesia Cardiotorácica así como los quirófanos derivados de ello. Toda esta documentación está accesible a todo el personal implicado en un Buzón destinado a ello así como parte de la documentación en la Intranet del Sector II en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras ser evaluados en Auditoría Interna se aceptó ser incluidos en Auditoría externa. Se ha alcanzado la certificación ISO sin No conformidades, únicamente con alguna área de mejora en la que se sigue trabajando. El estándar principal marcado era alcanzar esta Certificación.
Resto de indicadores dependían de la implantación del sistema de gestión de la calidad en cada uno de los procedimientos operativos (preanestesia, preparación quirúrgica, intraoperatorio, docencia e investigación). Las fuentes de obtención de los mismos han sido, base de datos de la consulta (Excel diseñado de forma particular), historia clínica de los pacientes, listado de incidencias en la acogida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras un largo trabajo multidisciplinar, con gran apoyo desde la Unidad de Calidad asistencial así como apoyo de la gerencia, se ha alcanzado con éxito la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, siendo este un objetivo que debe mantenerse activo y continuar dicho trabajo diariamente. Consideramos finalizado el proyecto por haberse alcanzado la certificación aunque se continúe trabajando en dicho sistema.
Este trabajo nos ha permitido tener cifras exactas de los "nudos" que nos encontrábamos en nuestra actividad asistencial diaria pudiendo tomar medidas y acciones correctivas, así como llevar a cabo planes de contingencia y poder evaluar los resultados de todo ello.
Este proyecto por tanto continúa en marcha y se está preparando su replicación en el proceso del paciente de cirugía cardiovascular.

7. OBSERVACIONES.
En caso de ser necesario disponemos de toda la documentación anexa que podría adjuntarse. DAFO, Procedimientos operativos y generales, Instrucciones Técnicas, Cuadro de Indicadores, etc.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/531 ===== ***

Nº de registro: 0531

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Autores:
PUERTOLAS ORTEGA MARIA, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, SORIANO GIL ZORAIDA, JIMENEZ BEA LIRIA, BARRADO GIL PEDRO, COTERA USUA IGNACIO, RUBIO GARCIA BORJA, MOLINOS ARRUEBO IRENE

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: Pacientes que son anestesiados por la Unidad de Anestesia Cardiotorácica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los Sistemas generales de Gestión mejoran la organización del trabajo y la metodología, estandarizan procesos y establecen bases para la mejora continua. Por esta razón, la adopción paulatina de Sistema de Gestión de la Calidad basados en la Norma internacional ISO 9000, en los Servicios del Hospital Universitario Miguel Servet, ha sido una decisión estratégicas.

RESULTADOS ESPERADOS

En el tercer trimestre de 2018, el Servicio de Anestesia Cardiotorácica ha comenzado un proyecto de implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, con el objetivo de eliminar la variabilidad en la práctica anestésica mediante la unificación de procedimientos, criterios y pautas de actuación, establecer una definición clara de las responsabilidades, enfocarse al paciente y a la mejora continua, gestionar por procesos a través de indicadores, minimizar los errores y asegurar la cualificación y la capacitación del personal sanitario.

MÉTODO

Fases:

- Diagnóstico inicial de la situación analizando en detalle las instalaciones, actividades, organigrama, funciones de cada miembro del personal, y cómo sus actividades influyen en el resto de la organización, con el fin de establecer el grado de adecuación del servicio a los requisitos de la Norma de referencia.
 - Elaboración de la documentación que sistematiza cada uno de los procesos. La documentación se elaborará en forma de fichas de proceso, procedimientos, instrucciones técnicas y formatos para tomar registro de las actividades.
 - Implantación de cada uno de los documentos, difusión de los mismos y seguimiento.
 - Revisión sistemática del Sistema de Calidad mediante auditoría interna.
- Por último, se realizará la auditoría de tercera parte.

INDICADORES

- Número de pacientes a los que se realiza la evaluación preanestésica según Ficha Procedimiento Evaluación preoperatoria / Número de pacientes evaluados preoperatoriamente (estándar 100%)
 - Número de pacientes a los que falta alguna prueba necesaria para Evaluación preoperatoria (según instrucción técnica correspondiente)/Número total de pacientes que acuden a la consulta (estándar <5%)
 - Número de pacientes con Evaluación preoperatoria y Consentimiento informado debidamente cumplimentados / Número de pacientes total que van a ser intervenidos en Unidad Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 100%)
 - Número de Check List prequirúrgico rellenado / Número total de pacientes que va a quirófano de Anestesia Cardiotorácica (estándar 100%)
 - Número de pacientes debidamente preparados al llegar a quirófano (según instrucción técnica correspondiente) /Número total de pacientes que van a ser intervenidos en Unidad de Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 98%)
 - Número de especialistas de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica que conocen las fichas de procedimiento / Número deespecialistas de la Unidad (estándar 100%)
 - Número de personas de personal de enfermería que conoce la implantación de este Sistema de Gestión de Calidad /Número de personas de personal de enfermería implicada con la Unidad de AnestesiaCardiotorácica (estándar 100%)
- Fuentes de datos: Historia Clínica Electrónica, Historia Clínica en papel, Intranet, Formularios correspondientes creados por la Unidad, Encuestas asociadas.

DURACIÓN

En este momento, tras la formación del personal para ello, disponemos de un borrador de mapa de procesos y se ha elaborado una buena parte de la documentación de los procesos operativos.

Fecha Inicio: Septiembre 2018

Fecha Finalización Fichas Procedimientos e Instrucciones Técnicas: Septiembre 2019

Fecha Implantación Documentación: comienzo desde febrero 2019

Auditoría interna: Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

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 - 2019/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

Fecha de entrada: 25/11/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA TARANCON ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROVIRA FLORES EVA MARIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
CASADO MERODIO ANA ISABEL
BONED NAVARRO JAVIER
RAMOS MORENO GONZALO
MARTIN ARNAL MARIA JESUS
BORQUE MARTIN JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el envío de la última actualización de la memoria, se realizó una revisión para tratar de ajustar las pruebas complementarias necesarias para la optimización de la valoración preanestésica durante la pandemia COVID. Dada la escasa información disponible, hemos decidido postponer la implementación de este protocolo hasta que haya suficiente evidencia disponible para poder tomar las decisiones más adecuadas a la hora de limitar el uso de pruebas complementarias preoperatorias, siempre pensando en la seguridad del paciente y del equipo que lo atiende. Se han solicitado y conseguido nuevos códigos PES para solicitar la analítica más adecuada al estado de salud previo de cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como queda explicado en el punto anterior, no podemos valorar resultados en este momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En estos momentos estamos pendientes de valorar la posible futura indicación de la Rx de tórax dentro de la valoración preoperatoria en función de la evolución de la pandemia COVID.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/568 ===== ***

Nº de registro: 0568

Título
OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

Autores:
TARANCON ROMERO MARIA ELENA, ROVIRA FLORES EVA MARIA, PEÑA DE BUEN NATALIA, CASADO MERODIO ANA ISABEL, BONED NAVARRO JAVIER, RAMOS MORENO GONZALO, MARTIN ARNAL MARIA JESUS, BORQUE MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la valoración preanestésica, generalmente se solicitan una serie de exámenes "de rutina" (analítica, ECG y Rx tórax) a todos los pacientes, sin tener en cuenta antecedentes médico-quirúrgicos o tipo de intervención.

Las recomendaciones de "no hacer" y las nuevas guías de las sociedades de nuestra especialidad se centran en la optimización del examen preoperatorio y la realización de pruebas complementarias basadas en las características de los pacientes y el tipo de intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el número de exploraciones complementarias de rutina solicitadas a las pacientes que van a ser sometidas a cirugía gineco-obstétrica

MÉTODO

Valorar, en función de los antecedentes médico-quirúrgicos de las pacientes y de las características del procedimiento a realizar, las pruebas preoperatorias necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no está demostrada.

- * Revisión de la bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia
- * Elaboración de nuevos protocolos de valoración preoperatoria
- * Reunión con los servicios quirúrgicos implicados (ginecología, obstetricia, FIV) para conseguir su colaboración en la solicitud de las pruebas

INDICADORES

Determinación del nº de "pruebas no solicitadas" en comparación con el período anterior a la aplicación del nuevo protocolo

- * Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias que NO deberían haberse solicitado
- * Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas

DURACIÓN

- * Revisión bibliográfica: 3 meses
- * Elaboración del nuevo protocolo: 3 meses
- * Puesta en común con los servicios quirúrgicos implicados
- * Periodo de prueba: 6 meses
- * Evaluación de resultados, revisión y corrección de errores

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 - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de entrada: 01/12/2020

2. RESPONSABLE NATALIA PEÑA DE BUEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROVIRA FLORES EVA MARIA
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
CASADO MERODIO ANA ISABEL
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
RAMOS MORENO GONZALO
BONED NAVARRO JAVIER
MARTIN ARNAL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el diseño estructural del mismo y se creó una guía con el Servio de Hematología para la administración de hierro.

Se coordinó la gestión terapéutica con el Hospital de Día, se confeccionó una hoja de tratamiento y un consentimiento de hierro que no existía con anterioridad.

Se crearon unos documentos sincronizados en diferentes dispositivos para introducir los datos de los pacientes.

Se coordinó la consulta de anemias por parte de la sección de Anestesiología de Maternidad.

Se elaboró una presentación sobre el proyecto y en varias sesiones se expuso a los diferentes profesionales implicados.

Previamente a la pandemia, se comenzó con el tratamiento perioperatorio para la optimización, consiguiendo beneficiar a varias pacientes. Sin embargo, con el inicio de la pandemia y debido a la compleja situación, no se pudo continuar de forma adecuada, excepto con algunas pacientes que, por el tipo de cirugía o valores analíticos, se incluyeron para la optimización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La fase pre-implantación se llevó a cabo al completo ya que fue previa a la pandemia, elaborándose todos los documentos y organizando el proyecto para dar comienzo. Se pudo iniciar el proyecto con las primeras pacientes con un buen resultado postquirúrgico. Sin embargo, la pandemia alteró el normal funcionamiento de las consultas y no se pudo continuar con el proyecto, excepto con algunas pacientes que, por el tipo de cirugía o valores analíticos, se incluyeron para la optimización.

Los indicadores que se han utilizado son los valores de hemoglobina postoperatoria post-tratamiento (antes de la intervención), post-intervención quirúrgica y al mes. Pero hasta que no podamos incluir más pacientes en el proyecto, no es posible valorar el impacto global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La fase inicial de documentación y gestión se ha realizado sin incidencias. Desde el equipo del proyecto, consideramos que la coordinación con las diferentes unidades implicadas ha sido adecuada. Sin embargo, la pandemia ha dificultado la instauración del proyecto, de forma que sólo han podido beneficiarse las pacientes más anémicas y con intervenciones más complejas. Por ello, queremos continuar este proyecto durante el próximo año para poder establecer el protocolo de manejo de la anemia en cirugía ginecológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
PEÑA DE BUEN NATALIA, ROVIRA FLORES EVA MARIA, TARANCON ROMERO MARIA ELENA, CASADO MERODIO ANA ISABEL, BORQUE MARTIN JOSE LUIS, RAMOS MORENO GONZALO, BONED NAVARRO JAVIER, MARTIN ARNAL MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia preoperatoria es frecuente en mujeres programadas para cirugía ginecológica, produciendo un aumento de la morbimortalidad y de las tasas de transfusión, con el correspondiente gasto económico derivado.

Diversas publicaciones han demostrado la asociación entre la anemia preoperatoria y el aumento en las tasas de transfusión preoperatoria, estancias hospitalarias más largas y un aumento en la morbi-mortalidad. Tal y como indica el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), uno de los objetivos primordiales en el perioperatorio es la optimización del paciente, identificando las diversas comorbilidades que padece entre las que se encuentra la anemia preoperatoria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como unos valores de hemoglobina (Hb) inferiores a 12 g/dL en la mujer. Estos valores son frecuentes en la mujer programada para cirugía ginecológica y, en la mayor parte de los casos, la etiología es la ferropenia debido al sangrado.

El hierro tiene un papel fundamental en la producción de Hb, por ello, el tratamiento principal es la administración de suplementos. La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) publicada por el Ministerio de Sanidad indica el tratamiento con hierro endovenoso en pacientes anémicos que van a precisar cirugía ginecológica para aumentar los niveles de Hb. La vía intravenosa permite una recuperación más rápida de la anemia, ventaja clave en los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica oncológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto tiene como principal objetivo la optimización de la paciente ginecológica pendiente de intervención quirúrgica, corrigiendo la anemia preoperatoria con la administración de hierro intravenoso. Este tratamiento permitirá disminuir las tasas de transfusión y de morbimortalidad postoperatoria, con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y de los costes económicos derivados. De forma secundaria, se reducirá el número de pruebas cruzadas para la compatibilidad transfusional, disminuirá el número de intervenciones suspendidas o demoradas por falta de optimización, se reducirán las tasas de infección nosocomial y mejorarán las condiciones del paciente en el momento del alta, permitiendo una mayor recuperación postoperatoria.

MÉTODO

La principal causa de la anemia en la paciente ginecológica es el sangrado. La hemorragia produce un déficit de los depósitos de hierro produciendo de forma consecutiva una reducción en los niveles de Hb. El principal tratamiento de la anemia ferropénica es la administración de hierro, siendo la vía intravenosa la que consigue aumentar los niveles de Hb de forma más rápida.

Para llevar a cabo este proyecto será necesario:

- Determinar los niveles de ferritina y saturación de transferrina. Para ello, desde la consulta de ginecología se solicitará un hemograma y perfil de anemias una vez a aquellas pacientes que entren en lista de espera.
- Un anestesiólogo revisará semanalmente los resultados de las analíticas y citará a las pacientes que cumplan los criterios de anemia ferropénica.
- Las pacientes con anemia ferropénica serán vistas en consulta por el anestesiólogo. Se les explicará la patología y el tratamiento propuesto, se les dará un consentimiento informado del mismo y se les dará un volante para acudir al Hospital de Día para la administración de hierro intravenoso.
- Las pacientes acudirán con el volante al Hospital de Día para recibir el tratamiento.
- El día de ingreso para la cirugía, habitualmente el día anterior a la misma, se les realizará una analítica de control con hemograma.
- El día de la intervención, el anestesiólogo revisará los niveles de hemoglobina de la paciente.

INDICADORES

Para monitorizar el proceso, se realizará una tabla de Excel donde se incluirán los datos de las pacientes que entren en el estudio:

- Número de historia
- Edad
- Peso
- Niveles de Hb en el momento de la inclusión en la lista de espera
- Niveles de Hb el día de la intervención quirúrgica
- Niveles de ferritina y transferrina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Tras la finalización del proyecto, se valorará:

- La penetrancia (porcentaje de pacientes con estudio de la anemia y metabolismo del hierro)
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica tratados con hierro intravenoso

DURACIÓN

La duración estimada del proyecto es de un año.

- Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo: 1 mes.
- Sesión con la unidad de anestesiología de maternidad y ginecología para exponer el proyecto y establecer criterios: 15 días.
- Inicio del proyecto (fase 1: miomectomías e hysterectomías por miomas): 4 meses.
- Reunión con el grupo de mejora para la puesta en común de problemas surgidos y revisión: 15 días.
- Continuación del proyecto (fase 2: generalización al resto de pacientes con patología ginecológica afectas de anemia): 6 meses.

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 - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Fecha de entrada: 27/12/2020

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
CHUECA MATA JULIA
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
OLIVA PERALES PEDRO
GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
PORTERO LORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación de un grupo de trabajo. Participarán la Sección de Anestesiología Infantil, Psiquiatría-Psicología Infantil y Cirugía. La Unidad de Calidad y la Subdirección de Enfermería Materno-Infantil (Mayo de 2019). Hay que ratificar el grupo.
- Preparación de la agenda de trabajo (Junio de 2019). Ahora obsoleta.
- Introducción de las escalas de dolor, registros médicos y de enfermería y apertura de la agenda (Septiembre de 2019).
- Diseño e implantación de las encuestas de información y de satisfacción (Octubre de 2019).
- Apertura de la UDI (Noviembre-Diciembre de 2019): NO HA SIDO POSIBLE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mayo 2019: La dirección médica no puede dar la aprobación para su creación por posibles cambios organizativos.
- Septiembre a noviembre de 2019: La dirección médica no puede dar la aprobación para su creación por nuevos cargos organizativos de reciente nombramiento.
- Noviembre del 2019: La Subdirección Médica del HMI ratifica la voluntad de la creación y se dan las pautas para acelerar la apertura.
- Diciembre de 2020: Sigue pendiente encontrar una consulta con una la localización adecuada.
- Enero y febrero de 2020: Reuniones con la nueva Subdirección Médica del HMI y con la de Enfermería.
- Marzo a diciembre 2020: Pandemia COVID-19. Crecen las dificultades y no se pueden estimar plazos para su apertura.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tras el tiempo transcurrido desde el inicio del proyecto, hay que ratificar el grupo de trabajo, por las fechas involucradas, el tiempo transcurrido y la pandemia sufrida.
- Estamos pendientes de la adjudicación de algún psicólogo infantil de referencia del HUMS para nuestros pacientes.
- Estamos pendientes de la adjudicación de una consulta para ver a nuestros pacientes y de la apertura de la agenda de citas.
- Falta obtener un número de teléfono móvil del hospital para recibir las llamadas directamente en la Unidad.
- Falta adjudicar a la Enfermera que trabajará en la Unidad.
- Postpuesta la creación debido a la Pandemia por COVID-19 y a la falta de personal de Enfermería disponible que ha generado. Se estima que, si hay una evolución aceptable, quizás se pueda abrir en 2021.

SE ESTIMA QUE DESDE QUE SE DE LA AUTORIZACIÓN PARA ABRIR LA CONSULTA, LA UNIDAD PODRÍA ESTAR OPERATIVA EN 1 MES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/942 ===== ***

Nº de registro: 0942

Título
PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, CHUECA MATA JULIA, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, OLIVA PERALES PEDRO, GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO, ORO FRAILE JESUS, PORTERO LORO LUIS PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor Infantil
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2008 se estimaba que el dolor crónico, definido como cualquier dolor que dura al menos 3 meses o como cualquier tipo de dolor recurrente durante un periodo mínimo de tres meses, está presente entre un 15 y un 25 % de los niños adolescentes de países industrializados. Estudios recientes de 2017 y 2018 han objetivado que en España dicha cifra es superior (25-30%), como en Europa.

Dada la incidencia del dolor crónico infantil y del reducido número de centros especializados, la mayor parte de los pacientes serán asistidos por personal no especializado en el tratamiento avanzado del dolor pediátrico. A nivel nacional se disponen de 8 centros en los que se atiende en mayor o menor medida el dolor crónico de esta población en Unidades de Dolor más o menos específicas.

En Aragón no hay ninguna una Unidad de Dolor Infantil (UDI). Consideramos que es urgente abrir una UDI en el centro de referencia para la asistencia infantil.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Ofrecer asistencia integral a los pacientes pediátricos con dolor, como centro de referencia autonómico y supra-autonómico, tanto con dolor agudo (postquirúrgico, procedimental, traumático...), como con dolor crónico (somático, visceral, neuropático, oncológico...).
- 2- Desarrollar protocolos y vías clínicas de las patologías habituales en la Unidad, mejorando los parámetros de calidad.
- 3- Integrarnos en los procesos existentes en los que exista un componente de dolor (p.ej. los pacientes de Cuidados Paliativos Pediátricos, de Oncopediatría, Espásticos...).
- 4- Mejorar la calidad percibida en las consultas externas y hospitalización, disminuyendo los efectos secundarios de los tratamientos analgésicos, y mejorando la información a los pacientes y familiares.

MÉTODO

El programa se denominará "Unidad de Dolor Infantil (UDI)".

Patología que trataremos:

- 1- Dolor postoperatorio intenso de varias horas o días de duración asociado a intervenciones quirúrgicas agresivas.
- 2- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración asociado a traumatismos severos.
- 3- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración provocado como efecto secundario de tratamientos médicos.
- 4- Enfermedades oncológicas y crónicas no oncológicas de larga evolución que se asocien a dolor crónico durante semanas, meses o años.
- 5- Enfermedades crónicas u oncológicas de pacientes ingresados en el Hospital que se asocien a situaciones terminales que requieran tratamiento avanzado del dolor durante varios días o semanas.

Tratamientos que realizaremos:

- 1-Administración de técnicas anestésicas para la aplicación de las técnicas intervencionistas para el dolor.
- 2-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías sistémicas.
- 3-Administración de medicación coadyuvante para mejora del confort y la calidad de vida tras la administración de agentes analgésicos como antieméticos, laxantes, psicoestimulantes, sedantes.
- 4-Administración de agentes analgésicos no convencionales (antidepresivos, anticomiciales, anestésicos locales, corticoides, antiarrítmicos) por vía sistémica buscando un efecto analgésico.
- 5-Realización de técnicas aisladas de bloqueo regional transitorio (anestésicos locales, opioides, radiofrecuencia pulsada...) o permanente (agentes neurolíticos...): bloqueos periféricos, bloqueos tronculares, bloqueos paravertebrales, bloqueos espinales.
- 6-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías a través de dispositivos específicos de Analgesia Controlada por el Paciente (Bomba PCA), para pacientes ingresados o que pueda realizarse en su domicilio.
- 7-Administración de agentes analgésicos a través de catéteres de localización epidural, troncular, paravertebral, intratecal...
- 8-Realización de técnicas de neuromodulación crónica: reservorios subcutáneos conectados a catéteres intratecales o electrodos de estimulación medular.
- 9-Coordinación de la asistencia multidisciplinar con Psiquiatría-Psicología, Rehabilitación-Fisioterapia, COT, COMF, Neurocirugía, Cirugía Pediátrica...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

INDICADORES

- Centinela: Eventos adversos relacionados con el material médico.
- Estructura: Cumplimentación suficiente de la documentación clínica.
- Proceso: Control del dolor crónico con una reducción del dolor basal superior al 30%.
- Resultado: Encuesta de satisfacción con el control del dolor crónico.

DURACIÓN

- Mayo de 2019: Formación de un grupo de trabajo. Participarán la Sección de Anestesiología Pediátrica, Psiquiatría-Psicología Infantil y Cirugía. La Unidad de Calidad y la Subdirección de Enfermería Materno-Infantil estarán representados en todo momento.
- Junio de 2019: Preparación de la agenda de trabajo.
- Septiembre de 2019: Introducción de las escalas de dolor, registros médicos y de enfermería y apertura de la agenda de citaciones.
- Octubre de 2019: Diseño e implantación de las encuestas de información y de satisfacción.
- Noviembre-Diciembre de 2019: Apertura de la UDI.

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 - 2019/1452

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

Fecha de entrada: 15/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARBONELL BERNAL ROBERTO
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
INFANTES MORALES MARTA
ALIAS GOMEZ RAMON
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
FRACA CARDIEL MARIA CONCEPCION
GONZALO PELLICER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión bibliográfica
Guía clínica con la ayuda de la agencia de calidad Osteba con 7 preguntas pico
Reuniones del grupo de trabajo nacional y del grupo de anestesiistas que participamos en la trombectomía del ictus.
Acuerdo de actuaciones con los servicios de urgencias, neurología y neuroradiología, con actuaciones definidas para celador, auxiliar, enfermeras y anestesiólogos
Elaboración del protocolo consensuado y aprobación por el hospital
Selección de indicadores de calidad
Puesta en marcha del protocolo
Realización del registro de pacientes de cara al ciclo de mejora continúa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Implementación del protocolo e inicio del registro de los indicadores predictivos de la evolución de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La motivación por los buenos resultados es un estímulo para los profesionales implicados que ha vencido la inercia al cambio y facilitado la implementación del protocolo

7. OBSERVACIONES.

Protocolo consensuado implantado y su registro iniciado desde mayo del 2020

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1452 ===== ***

Nº de registro: 1452

Título
PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, ALIAS GOMEZ RAMON, INFANTES MORALES MARTA, CARBONELL BERNAL ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GONZALO PELLICER INMACULADA, LACOSTA TORRIJOS LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: ICTUS trombótico agudo
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El HUMS es el centro donde se realiza la trombectomía del ICTUS de todo Aragón. El tiempo entre el ICTUS y la extracción del trombo se correlaciona con el nivel de discapacidad residual del paciente. Los primeros estudios demostraron que la trombectomía realizada bajo anestesia general se correlacionaba con peores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1452

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

resultados, debido a que el cerebro dañado responde a la hipotensión arterial con una hipoxia cerebral desproporcionada. Esto hizo que se crearan estudios observacionales y protocolos internacionales con criterios estrictos de la indicación de una anestesia general, y, de cómo realizar esta. Siempre bajo monitorización estricta, junto a una anestesia realizada para conseguir que la saturación de oxígeno cerebral se mantenga. Los estudios han mostrado que implantando estos protocolos, se puede ahorrar hasta 30 minutos de demora en la extracción del trombo, y, se pueden conseguir mejores resultados en discapacidad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es realizar un protocolo de manejo peri anestésico de la trombectomía del ICTUS, basado en la evidencia disponible. Consensuarlo entre todos los anestesiólogos que trabajamos en esta área, para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad del paciente y disminuir los tiempos hasta la extracción del trombo.

MÉTODO

- 1-Consensuar un protocolo del tipo de anestesia, monitorización, nivel de glucosa y tensión arterial que se deben tratar, en función de las características clínicas y anatómicas del ictus.
- 2-Dejar claras y por escrito las recomendaciones, más destacadas, y, las instrucciones necesarias para la enfermería implicada.
- 3- Editar "protocolo de bolsillo" con los esquemas de manejo de la trombectomía bajo anestesia general o no.
- 4- Registrar lo que hacemos y los resultados que obtenemos
- 5- Comunicar el protocolo y los resultados en los foros especializados

INDICADORES

- % de uso de presión invasiva, actual 10% (estándar 100%)
- % de uso de anestesia general en función del territorio del ICTUS (estándar 30%)
- tiempo desde la entrada del paciente hasta la punción femoral (estándar 20-25 min)
- Variabilidad en el uso de vasoconstrictores y sedantes (< 50%)

DURACIÓN

Abril-Junio 2019: revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización hemodinámica con metodología PICO:
Julio-Octubre: Consensuar protocolo entre los anestesiólogos implicados
Noviembre-Diciembre: Escribir el protocolo, y crear instrucciones para facilitar la actuación de las enfermeras implicadas.
Enero-Febrero: Registrar el cumplimiento del protocolo y de los tiempos empleados
Marzo-Abril: Crear registro de seguimiento de indicadores de proceso y de resultados

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 - 2019/1455

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 14/01/2021

2. RESPONSABLE JUAN PABLO ORTEGA LAHUERTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
ASENSIO PARIS ANA
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
GARCES ROMERO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA
REUNIONES DE CONSENSO AT. ESPECIALIZADA (ANESTESIOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA) Y AT. PRIMARIA
ELABORACIÓN 1ª VERSIÓN PROTOCOLO MANEJO FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y QUIRÚRGICOS
REVISIONES HASTA PROTOCOLO DEFINITIVO
PRESENTACIÓN PROTOCOLO EN EL GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENFERMEDAD TRMBOEMBÓLICA Y ANTICOAGULACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y QUIRÚRGICOS
HABILITADAS EN EL DOCUMENTO DE INGRESO EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE PESTAÑAS DE AVISO SOBRE USO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES O ANTIAGREGANTES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO HA FACILITADO EL MANEJO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD
TODAVÍA FALTA ELABORAR EL PROTOCOLO PARA MANEJO DE PACIENTES ANTIAGREGADOS
SE DEBE FOMENTAR LA UTILIZACIÓN DE APLICACIONES EXISTENTES PARA DISPOSITIVOS MÓVILES (QxAApp o similares)

7. OBSERVACIONES.

Los fármacos y sus reversores ha ido cambiando a lo largo de este año
La dispersión de los médicos dificulta el trabajo
Realizar la herramienta informática e implementar su uso va a ser costoso, pero va a dar un gran valor añadido a la seguridad clínica

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Autores:
ORTEGA LAHUERTA PABLO, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, HERRANZ ANDRES PILAR, ASENSIO PARIS ANA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, GARCES ROMERO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Hipercoagulabilidad, hemorragia y trombosis
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1455

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Actualmente hay una gran variabilidad en el manejo perioperatorio del paciente antiagregado o anticoagulado, esto conlleva una inseguridad evitable en los pacientes. Reconocido el problema por los anestesiólogos, los cirujanos y los médicos de familia, hemos decidido afrontarlo de forma consensuada y de acuerdo con la evidencia. Recientemente un grupo de trabajo multidisciplinar de diferentes sociedades científicas han realizado recomendaciones basadas en la evidencia, con el objetivo de que todos realicemos la misma actuación en la retirada y reposición del tratamiento antitrombótico ante la realización de una cirugía o procedimiento diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es difundir estas recomendaciones en la historia electrónica, y en libretas de bolsillo, entre los hematólogos, anestesiólogos, cirujanos y especialistas en medicina primaria

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones actuales y creación de un documento conjunto .
- Validar la claridad del documento con los pacientes
- Difusión del documento en talleres repetidos, documento de bolsillo, y, con la ayuda de la informática en la historia electrónica.

INDICADORES

- 1- N.º de reuniones y talleres realizados
- 2- -Aprobación del protocolo en el HUMS y medicina primaria
- 3- Herramienta informática activa en la historia electrónica, basada en algoritmos
- 4- Suspensiones en el quirófano por motivo de los antitrombóticos
- 5- Encuesta de satisfacción a anestesiólogos, cirujanos, médicos de familia

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Abril-Junio

Protocolo de bolsillo: realizado para Julio

Aprobación del protocolo: Septiembre

Reuniones, sesiones, talleres: Septiembre a Diciembre

La herramienta informática se viene trabajando todo el último año, y, parece que va a dar luz próximamente

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 - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE IRENE VAZQUEZ BERGES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLANO GONZALEZ LAURA
HERRANDO MEDRANO MONICA
FERNANDEZ AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION
LECHON SAZ JOSE ANTONIO
MORATA CRESPO BELEN
GIMENO GONZALEZ MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Continúa la selección de pacientes y la inclusión progresiva de los mismos en el programa. Desarrollo del programa de 8 semanas de duración de manera individualizada según necesidades y características de cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoría de la distancia de claudicación e implementación de los hábitos de vida saludables

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para poder realizar una atención de los pacientes más ágil, precisaríamos de un mayor uso horario del gimnasio donde se realizan las actividades de ejercicio supervisado y poder ampliar a las otras capitales de provincia ya que actualmente queda limitado a pacientes que residen en Zaragoza capital y su área de influencia

7. OBSERVACIONES.

dado que el hábito tabáquico es un criterio de exclusión para poder participar en el programa, hay un porcentaje de pacientes que no pueden beneficiarse del mismo, por lo que si se pusiera en marcha una consulta específica para apoyo a fumadores en el proceso de dejar de fumar, podríamos incluir a mayor número de pacientes y por tanto beneficiarse del programa, mejorando su distancia de claudicación y por tanto su calidad de vida.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/540 ===== ***

Nº de registro: 0540

Título
EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:
VAZQUEZ BERGES IRENE, ESCOLANO GONZALEZ LAURA, HERRANDO MEDRANO MONICA, FERNANDEZ AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION, LECHON SAZ JOSE ANTONIO, MORATA CRESPO BELEN, GIMENO GONZALEZ MARINA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La claudicación intermitente, es la manifestación clínica de la enfermedad arterial periférica o isquemia crónica de miembros inferiores; presenta una prevalencia en la población del 6,2% en mayores de 50 años. Entre el 1 y 3% de los pacientes con claudicación intermitente, progresan a estadios avanzados de isquemia crítica a lo largo de su vida, por lo que es importante un correcto diagnóstico y tratamiento estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad arterial periférica, son los principales causantes de arterioesclerosis: hipertensión, diabetes, tabaquismo y dislipemia. Son los mismos factores de riesgo para la cardiopatía isquemia. Existe una asociación entre ambas enfermedades. Los pacientes con enfermedad coronaria conocida y enfermedad arterial periférica tienen un 25% más de riesgo de muerte que los que no asocian ambas patologías.

El tratamiento de la enfermedad arterial periférica en los estadios iniciales, cuya manifestación clínica es la claudicación intermitente, es del tratamiento médico, consistente en mejora de los hábitos de vida y control de factores de riesgo, abandono del tabaco, ejercicio físico, y tratamiento médico farmacológico. En determinados pacientes, con cortas distancias de claudicación, que resultan muy invalidantes, está indicado el tratamiento quirúrgico.

El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de esta patología, pero es de difícil cumplimiento de forma autónoma por parte de los pacientes, por lo que los programas de ejercicio deberían ser supervisados. Hay estudios que comparan el ejercicio supervisado con la simple recomendación médica, demuestran que el ejercicio supervisado se traduce en una mejoría de la distancia máxima caminada con respecto a programas de ejercicio no supervisado (nivel de evidencia B). Otros estudios señalan un nivel de evidencia A del ejercicio supervisado en pacientes con claudicación intermitente. Estudios prospectivos han mostrado que el ejercicio supervisado produce una mejoría en la distancia caminada y en la distancia caminada sin dolor. Esta mejoría se mantuvo durante todo el periodo de seguimiento (hasta 2 años).

En la Comunidad Autónoma de Aragón no existe a día de hoy ningún centro hospitalario que ofrezca este tipo de programas de ejercicio físico supervisado para pacientes claudicantes. En el hospital Miguel Servet contamos con un Servicio de Rehabilitación con experiencia en programas de entrenamiento similares; ya tiene en funcionamiento un programa de rehabilitación para pacientes cardiopatas. Debido a la poca adherencia que presentan los pacientes a realizar ejercicio físico de forma autónoma, proponemos la realización de un programa de ejercicio supervisado para pacientes seleccionados con claudicación intermitente invalidante.

RESULTADOS ESPERADOS

Diseñar e implantar un Programa de ejercicio supervisado para pacientes con claudicación intermitente invalidante de miembros inferiores para conseguir una mejora de la distancia de claudicación. Con la puesta en marcha de este proyecto se pretende conseguir un aumento de la distancia de claudicación de los pacientes con edades no superiores a 70 años, para que ésta no resulte invalidante en su vida diaria.

Con el programa se pretende la adhesión al tratamiento de tal manera que los objetivos alcanzados al finalizar el programa se mantengan en el tiempo.

MÉTODO

Para llevar a cabo el proyecto se creará un grupo de trabajo conjunto con miembros del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculare y Rehabilitación. Se redactará un protocolo de actuación con los detalles y fases del Programa, todo será consensuado conjuntamente con los Servicios implicados. Una vez redactado se procederá a su revisión, análisis y correcciones. Una vez redactado y consensuado el programa se enviará a la UCA para su aprobación. Posteriormente procederemos a su implantación. Evaluación de los resultados según los indicadores establecidos en el Programa.

INDICADORES

Programa redactado: SI
Programa Implantado: SI
Tasa de pacientes con claudicación incluidos en el programa
Tasa de pacientes que finalizan el programa
Tasa de pacientes con mejoría clínica

DURACIÓN

Fecha de Inicio Marzo de 2019. Fecha finalización marzo de 2020.

Creación de un Grupo de trabajo: marzo 2019
Redacción del protocolo o Programa: abril 2019
Consensuar con Servicios implicados: mayo 2019
Revisión y correcciones: junio 2019
Enviar a la UCA para su aprobación: septiembre 2019
Implantación del Programa: marzo de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

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 subprocesos.
 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 multidisciplinaria 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 - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

Fecha de entrada: 21/01/2021

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
BRUN GUINDA DAVID
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
SAMPEYRO FELIU ANTONIO
ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado con las reuniones en los Centros de Salud hasta el mes de Febrero de 2020 incluido. En dichas reuniones se ha continuado con la difusión de algoritmos de actuación y protocolos asistenciales a la vista de los cambios en las plantillas de los centros tras los traslados en atención primaria. Por otro lado se han realizado reuniones temáticas en función de los intereses de los profesionales de cada Centro.

En total se han realizado 13 sesiones clínicas presenciales durante los meses de Enero y Febrero 2020.

Durante la pandemia, ante la necesidad de reducir las consultas presenciales, se han potenciado las consultas telefónicas tanto con los pacientes como con los médicos de atención primaria. Este proceder ha permitido completar y agilizar la resolución de los problemas de los pacientes cardiológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Difusión de los procesos asistenciales compartidos en FA, arritmias, valvulopatías e hipercolesterolemia: 80%.

2. Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resultas en el CME en <=30 días (estándar=60%): 77% (497 consultas) en el caso del CME S. José. Esta evaluación no se puede realizar en el CME de Ramón y Cajal puesto que la información (en cuanto a la discriminación entre preferentes o no) no se recoge de forma habitual, según información de la Dirección de Gestión del HUMS.

3. Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorios solicitados realizados en la U. de pruebas funcionales realizados en <30 días tras su solicitud (Estándar = 32%): 74,4%.

4. Porcentajes de consultas presenciales de primer día derivadas desde interconsulta virtual o desde el propio servicio a la Unidad de diagnóstico rápido resueltas en 15 días (estándar 80%): 81.9 % (542 consultas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación y difusión de algoritmos de derivación y protocolos de procesos comunes entre cardiología y atención primaria ha permitido agilizar la resolución de los problemas más frecuentes de los pacientes y establecer una sólida relación de trabajo. Gracias a esta excelente relación y al compromiso de los profesionales de ambos niveles asistenciales se ha podido mantener una adecuada atención a los pacientes cardiológicos a pesar de las circunstancias excepcionales vividas en 2020.

Se ha constituido así la base para hacer frente a nuevos retos y proyectos en común.

La pandemia ha supuesto una amenaza para la salud de la población en general y en concreto para la correcta atención de los pacientes derivados de atención primaria a cardiología.

Sin embargo ha constituido una oportunidad para desarrollar estrategias para resolver los problemas de los pacientes, como la atención de forma no presencial, que mejora la eficiencia de nuestro sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/777 ===== ***

Nº de registro: 0777

Título
PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

BERGUA MARTINEZ CLARA, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, LAPERAL MUR JOSE RAMON, BRUN GUINDA DAVID, AURED GUALLAR CARMEN, SAMPEDRO FELIU ANTONIO, ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

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 .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, su prevalencia está aumentando.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes.

La fragmentación en la atención de los pacientes por una misma enfermedad dificulta que una actuación diagnóstica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida.

La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población con enfermedad cardiovascular de nuestro sector.

Los objetivos que queremos alcanzar son:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio, con una atención especializada a tiempo y adecuada a cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
- Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
- Crear una consulta de enfermería "cardiológica" en Atención primaria

MÉTODO

1. Mantenimiento del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico médico y enfermería con sus reuniones periódicas mensuales, levantando actas que, posteriormente, son enviadas a todos los miembros.
2. Continuar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes pendientes: insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías, dentro del grupo multidisciplinar
3. Vehicular todos los protocolos compartidos consensuados a cada CS de nuestro sector a través del cardiólogo referente
4. Realizar al menos una reunión formativa intersectorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
5. Mantener las reuniones mensuales de los cardiológicos referentes en cada uno de los 18 CS del sector sanitario Zaragoza II
6. Seguir utilizando la interconsulta virtual (IV) como el medio principal de comunicación AP-AE
7. Poner en marcha de la consulta de diagnóstico rápido en el HUMS, tras su protocolización

INDICADORES

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia (si/no)
- Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%)
- Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%)
- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

resueltas en =15 días (estándar =80%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de abril de 2019. Prevista su finalización: marzo de 2020

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca - abril 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular - mayo 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no) - junio 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no) - septiembre 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia - octubre 2019

Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica

OBSERVACIONES

El proyecto es la continuacion del proyecto del mismo nombre PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE 2018_1208

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 - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 17/01/2021

2. RESPONSABLE TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA LUNA EVA
CALVO GALIANO NAIARA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las áreas que se han incluido en el año 2020 en el proyecto de digitalización del ECG han sido la UCCAR (unidad de cuidados cardiológicos) que se inició en el mes de julio después de su apertura (marzo 2020) para atención de los pacientes críticos cardiológicos durante la pandemia. En la puesta en marcha de la unidad se ha potenciado el proceso de digitalización lo que conlleva una mejora en la calidad de la atención para su comparativa o información posterior además del ahorro del papel y compromiso con el desarrollo sostenible.

Otra actividad realizada este año en el proyecto ha sido la revisión en el resto de plantas de hospitalización para valorar la dotación de aparatos ECG aptos para digitalizar. Las únicas plantas que cuentan actualmente con este equipo son dos plantas del Hospital de Traumatología y Quemados (2ª y 3ª planta) y tres plantas del Hospital General (4ª, 8ª y 10ª plantas).

En cuanto al soporte de redes inalámbricas necesario para la digitalización sin cable sólo la planta 4ª del Hospital General dispone de la misma. Actualmente estamos trabajando en la digitalización del ECG en esta planta. Nos hemos puesto en contacto con el Servicio de Electromedicina e Informática y ya disponemos de la pistola de lectura necesaria.

En diciembre del año 2020 se procedió a la sustitución del Electrocardiógrafo del Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil. Inicialmente se realizó la compra de un modelo (mac 600) con el que no era posible la digitalización por lo que se procedió a su devolución y nueva adquisición de un modelo adecuado para la digitalización (mac 2000). Se ha iniciado el procedimiento para la digitalización del área haciendo conocedores a los servicios colaboradores de Informática y Electromedicina.

URGENCIAS HUMS

Durante el año 2020 se ha continuado impartiendo formación específica a todo el personal de nueva incorporación en el Servicio, lo cual ha contribuido a la obtención de un elevado porcentaje de digitalización.

El proceso de digitalización en el Servicio de Urgencias durante el año 2020 se ha ido desarrollando de manera muy positiva, alcanzando un 98% de digitalización correcta.

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES

La inclusión en la HCE permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está desarrollando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica. Cada vez es más frecuente la colaboración entre especialistas de distintos centros de trabajo en interconsultas donde es fundamental disponer de un ECG de calidad.

El porcentaje de ECG digitalizados en los dos centros Médicos de Especialidades es de un 99%.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS

La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 59 camas, distribuidas de la siguiente forma: 32 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta). Unidad Cuidados Cardiológicos UCCAR compuesta por 10 camas.

El soporte técnico para digitalizar los ECGs en el año 2020 no ha variado desde el año anterior: se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).

Sin embargo, sí ha existido un incremento relevante tanto del número total de ECGs digitalizados (5000) durante el año 2020, como de su correcta identificación, que ha sido del 79.4% (3970) respecto al año 2019 que era de un 57.4% (sobre un total de 3865).

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

El proceso de digitalización se ha continuado de forma correcta. En el área del Holter además la impresión en papel se ha eliminado completamente.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

El proceso de digitalización se ha continuado alcanzando un 99.1% de ECG identificados correctamente.

REA

En el año 2020 se ha continuado con la formación del personal y mediante la utilización de la pulsera identificativa del paciente, alcanzando un resultado del 97% de digitalización correctamente identificado.

PRUEBAS FUNCIONALES DE CARDIOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

La digitalización en el año 2020 se ha continuado con formación del personal y mediante la utilización de lista de trabajo, alcanzando un resultado del 97,8% de digitalización correctamente identificado respecto a un 89.7% del año 2019.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL

La implantación del mismo ya se ha realizado, en este año 2020 la transmisión de los ECGs ha aumentado de manera muy significativa ya que se han digitalizado el 94.6% cuando el año 2019 la cifra fue de un 57%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMEE (estándar $\geq 95\%$).

ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados:

Urgencias: 98%

Centro Medico de Especialidades: 99%

Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 79,4%

Unidad de arritmias: 100%

Consultas Externas: 99,7%

REA: 97%

Pruebas Funcionales Cardiología: 97,8%

Hospital Infantil Consultas Externas: 94.6%

Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2020 (estándar 13%)

Se ha implementado en 11 de 11 áreas año 2018:

Boxes del Hospital General y Traumatología

Salas de Observación de Urgencias

SopORTE Vital de urgencias

Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal

Centro Medico de Especialidades san José

Consulta de Preoperatorios de Maternidad

Consultas Externas de Cardiología

Preoperatorios hospital general y traumatología

Unidad de Insuficiencia Cardiaca

Unidad de Arritmias

Hospitalización 5ª B

Se ha implementado en 2 de las 3 áreas año 2019:

Pruebas Funcionales de Cardiología

REA

Hospital de Semana

Se ha implementado en 2 áreas año 2020:

Urgencias Hospital Materno Infantil

Unidad de cuidados cardiológicos UCCAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En centros médicos de especialidades, Consultas Externas, Pruebas Funcionales de Cardiología y Consulta Preoperatorio cabe destacar el elevado porcentaje de ECGs realizados y correctamente identificados siendo muy cercanos al 100% que consideramos atribuible a disponer de una lista de trabajo en el propio aparato de ECGs en la que sólo seleccionando el paciente se identifica y digitaliza el ECG, evitando así errores de transcripción, lectura de tarjeta y reduciendo el tiempo invertido para la actividad.

El indicador "Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMEE (estándar $\geq 95\%$)" se cumple en todas las áreas analizadas salvo la planta 5 de Hospitalización de Cardiología, en la que se ha detectado una mejora respecto al año anterior, que atribuimos fundamentalmente a la apertura de la UCCAR y modo de trabajo más sistemático en esta unidad, pero en la que todavía tenemos mucho margen de mejora en este proyecto.

Nuestra propuesta para alcanzar este indicador sería mejorar la recogida de datos mediante el sistema Muse con IPs diferenciadas en las distintas unidades para incidir en estas áreas concretas. Así mismo, una mayor dotación de aparatos para digitalizar ECGs así como redes wifis contribuiría al éxito de este proyecto.

Con idea de generalizar la digitalización del ECG en el resto de plantas del Hospital se ha analizado la dotación actual de aparatos y redes wifis. Se concluye que el número de aparatos con posibilidad de digitalización es muy escaso y que junto con la prácticamente ausencia de redes wifi en el área de Hospitalización limita la progresión del proyecto. Como propuesta, podría iniciarse en la planta 4ª del Hospital General ya que se ha dotado para HCE de esa red wifi, y además en el contexto actual de pandemia funciona como planta covid y podría reducir el contacto entre trabajadores evitando la impresión del papel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/934 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Nº de registro: 0934

Título
PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO ABADIA ANTONIO, ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El total de ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.
El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva. Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio, así como en un examen de salud.
Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo, el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida. El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica.
La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual mejorando la calidad asistencial, así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos Específicos
Continuar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, CCMME del sector y Hospitalización.
Ayudar en la toma de decisiones y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología.
Colaborar en la realización del preoperatorio.
Optimizar el empleo de la interconsulta virtual.
Favorecer y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en el seguimiento del paciente crónico.
Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados.
Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación.
Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.

MÉTODO
Los aparatos de ECG compatibles disponen de manera opcional de una pistola lector de código de barras que es necesaria para la identificación del paciente por el AR, paso que es imprescindible para que el ECG llegue a su HC. Así mismo este aparato debe estar conectado a una red wifi o cable de internet.
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto. Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, Hospital Infantil (Cex), Maternidad (preoperatorios), Pruebas Funcionales de Cardiología, Hospital de Semana, REA.
La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas.

INDICADORES
- Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMME. Estándar >= 95%
- Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019. Estándar 13%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

- Incremento de la digitalización ECG en hospitalización. Mantenimiento y mejora del ECG ambulatorio.
Estándar 40%
- Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud.
Estándar < 5%.
- Mejora de la resolución de interconsulta virtual desde AP a AE.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 febrero del 2018
Actualmente en activo: si
Prevista su finalización: 1 febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DE HUMS MSERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Fecha de entrada: 22/12/2020

2. RESPONSABLE PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA ADELL MARTA
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
LARENA SANCHEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como ya indicamos hace unos meses en un correo en respuesta a la convocatoria de envío de memorias, la situación de pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto directo en la actividad quirúrgica realizada por nuestro servicio. El hecho de depender nuestra actividad asistencial de la disponibilidad de cama de UCI para el postoperatorio, ha determinado que nuestra actividad quirúrgica efectiva estuviera un 40% por debajo de la prevista para el presente año 2020.

Esta circunstancia ha roto todas las previsiones realizadas con anterioridad para la finalización de este proyecto de calidad y la obtención de las conclusiones del mismo.

Asociado al hecho de la pandemia, se encuentra la dependencia de este proyecto de la conclusión del PROCESO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CIRUGÍA CARDIACA en nuestro hospital y por ende en el ámbito territorial de toda nuestra comunidad autónoma. Dicho proceso por distintas causas, pero también por la pandemia, ha visto demoradas sus previsiones de finalización, aunque en el momento actual ya se encuentra ejecutado y en fase de iniciar su implementación en la actividad multidisciplinar desarrollada en la asistencia cardioquirúrgica a los pacientes de Aragón.

A pesar de las dificultades observadas, y dentro de los límites que nos imponía nuestra baja actividad asistencial este año, hemos analizado, como parte de la posición de partida en el proceso de mejora asistencial, las estancias observadas en la UCI y la estancia hospitalaria total de los pacientes intervenidos entre enero y julio de 2020. Estos datos nos sirven de punto de referencia para el objetivo de EFICIENCIA ASISTENCIAL propuesto en este proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como hemos mencionado, la actividad realizada se ha centrado en analizar, tras las intervenciones, las estancias observadas en la UCI y en planta de hospitalización, de aquellos pacientes supervivientes tras cirugía cardiaca en el presente año 2020.

Hemos excluido de este análisis las estancias en aquellos pacientes que fallecieron tras la cirugía, por comportar esta circunstancia valores extremos (outliers) en la distribución normal de la muestra.

Tras esta exclusión, hemos tenido 215 supervivientes de los que se realiza un análisis mediante estadísticos descriptivos, que nos proporcionan la "foto" actual de los parámetros asistenciales que pretendemos mejorar. Igualmente se han descrito estos estadísticos en los dos grupos más numerosos de nuestra muestra (pacientes con cirugía aislada de la válvula aórtica y cirugía coronaria aislada)

En la presente tabla resumimos la información obtenida.

TABLA DE ESTANCIAS DE UCI y HOSPITALARIA TOTAL

(Periodo enero a julio de 2020)

Grupo total (n=215) Aórticos (n=69) Coronarios (n=49)

UCI

MODA 2 2 2

MEDIANA 3 3 2

MEDIA 3,8 3,4 3,2

RANGO 1 a 29 2 a 28 2 a 10

HOSPITAL

MODA 8 8 8

MEDIANA 9 8 8

MEDIA 10,8 9,9 9,5

RANGO 4 a 46 4 a 35 4 a 28

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Las previsiones en cualquier proyecto asistencial o de investigación, pueden, de forma imprevisible, ver alterado su calendario de ejecución y este es nuestro caso.

2. Las estancias observadas en nuestra muestra quirúrgica total están en la línea de las comunicadas por otros grupos quirúrgicos nacionales similares al de nuestro centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DE HUMS MSERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

3. Como ocurre en otras provincias y comunidades y también a nivel internacional, la cirugía aislada de la válvula aórtica y la revascularización coronaria comportan más del 50% de la actividad en los servicios de cirugía cardiaca de adultos. Este es nuestro caso también.

4. Ambos grupos nosológicos (aórticos y coronarios) presentan estadísticos descriptivos similares a los de la muestra total de pacientes en lo que se refiere a las estancias en UCI, si bien cuando analizamos la estancia hospitalaria total, existe una tendencia a mejorar en un día el valor de la estancia con respecto a la observada en la globalidad de la muestra. Este aspecto puede ser a futuro, un campo donde incidir para ser más eficientes en la reducción de costes hospitalarios.

5. La implementación de la protocolización contemplada en el PROCESO DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CIRUGÍA CARDIACA del HUMS, puede tener un impacto significativo en la mejoría de los estadísticos analizados en esta memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Autores:
FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, MATAMALA ADELL MARTA, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, LARENA SANCHEZ SILVIA

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución tecnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raíz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.

Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").

Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continúa con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la protocolización de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:

1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DE HUMS MSERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

MÉTODO

PRIMERA FASE:

1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.

SEGUNDA FASE:

3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.

TERCERA FASE:

5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES

1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.
2. Control del dolor postoperatorio.
3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6. Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

DURACIÓN

PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018

SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018

TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

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 - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRICIO MEDRANO CARMEN
CAÑADA ASENSIO VANESA
CASADO HERNANDEZ ANTONIO
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
JIMENO JIMENEZ NOELIA
MONTAÑES MARIN EVA MARIA
VILAR SIERRA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha definido el grupo de trabajo y nuestro proyecto de mejora

Hemos realizado reuniones calendarizadas para definir y consensuarlos puntos definidos en el proyecto:

- Vinculación a través del sistema informático de los listados del instrumental quirúrgico entre el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico (desde Abril de 2019 hasta Diciembre de 2020). -Unificación nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos siguiendo un criterio único (desde Abril de 2019 hasta Diciembre de 2020).
- Cambio de etiquetas de los contenedores y sets quirúrgicos en esterilización (desde Abril de 2019 hasta Diciembre de 2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados obtenidos, según los objetivos marcados, que fueron:

- Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación.
- Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico.
- Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

Y acorde con los indicadores de evaluación y medición que planteamos, podemos decir:

- Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS, actualizado y accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico. En proceso (90%).
- Se han unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatología. En fase de realización (30%).
- Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos. En proceso.
- Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico. Mínimo 1.Si.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora se siente satisfecho con el trabajo realizado, las actividades llevadas a cabo han sido las adecuadas para el proyecto.

Nuestra conclusión mas importante es que el proyecto es muy ambicioso dado que el material a revisar es muy extenso.

Uno de los avances mas importantes que hemos conseguido es el control de los instrumentales de nueva adquisición. El mayor problema que seguimos teniendo es la posibilidad de revisar los instrumentales con tranquilidad ya que tenemos que romper la cadena de esterilización; lo que conlleva el riesgo de que esos instrumentales se precisen de forma urgente para algún proceso quirúrgico.

Aunque durante este año, debido a la pandemia de coronavirus, se han reducido notablemente los procesos quirúrgicos, situación que hemos aprovechado para avanzar en nuestro proyecto.

Por ultimo, para la sostenibilidad del proyecto, también sería necesaria la ampliación del numero de personas implicadas en él .

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos la ampliación del proyecto para los años 2020-2021.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1081 ===== ***

Nº de registro: 1081

Título
GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO. MEJORA EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

CENTRAL DE ESTERILIZACION

Autores:
BUISAN FRANCO CARMEN, FRANCO SUSANA, MONTAÑES EVA MARIA, BRICIO MEDRANO CARMEN, LOPEZ BLANCA, VILAR SIERRA PILAR, CAÑADA VANESA, JIMENO JIMENEZ NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: profesionales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los eventos adversos, fácilmente evitables, dentro de los procesos quirúrgicos son los relacionados con la gestión del instrumental. Estos se producen tanto en el bloque quirúrgico como en el servicio de esterilización, generándose, cuando ocurre, un ambiente incómodo y de tensión que origina innumerables llamadas telefónicas, chequeos repetitivos, comprobaciones innecesarias, esperas innecesarias, prolongación de los tiempos quirúrgicos, aumento de costes e insatisfacción del equipo por un trabajo no realizado correctamente.

Hablamos de una gestión del instrumental quirúrgico óptima cuando:

1. Contamos con un inventario de todo el instrumental disponible permanentemente actualizado.
2. Sabemos con qué recursos contamos en cada momento
3. Tenemos agrupados el instrumental quirúrgico en "contenedores quirúrgicos" o "sets de instrumental" o cualquier otra unidad trazable.
4. Conocemos el estado del material en qué situación de superficie y funcionalidad se encuentra dicho materia

En la actualidad la gestión de este material en el Hospital Universitario Miguel Servet es muy compleja por varios motivos:

1. Necesidad de cubrir actividad en todas las especialidades quirúrgicas las 24 horas del día, 365 días al año.
2. Imposibilidad de prever la demanda a medio y largo plazo, especialmente las urgencias
3. Imposibilidad de tener. en el bloque quirúrgico, un inventario actualizado permanentemente de todo el material quirúrgico
4. Necesidad de tener un alto nivel de conocimiento sobre todo de material quirúrgico disponible en las cajas de instrumental para su correcta gestión
5. Desconocimiento del material suministrado por los proveedores en concepto de depósito
6. Inadecuada y compleja identificación del material, de las cajas y los set quirúrgicos tanto en el bloque quirúrgico como en la central de esterilización.

Dentro de este marco conceptual se hace imprescindible definir estrategias que nos permita una gestión del instrumental quirúrgico más eficiente así como una comunicación efectiva entre el personal del servicio de esterilización y del bloque quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

- General
- Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación
- Específicos
- Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico.
 - Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

MÉTODO

- El proyecto se iniciará en el año 2019 en el bloque quirúrgico A
1. Actualizar el inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS que sea accesible tanto para el servicio de esterilización como para el bloque quirúrgico
 2. Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.
 3. Modificar y unificar la nomenclatura de los contenedores / sets quirúrgicos para el bloque quirúrgico y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

servicio de esterilización

4. Dar a conocer la cantidad de instrumental quirúrgico existente, por proceso quirúrgico, para que se programe el parte quirúrgico teniendo en cuenta los tiempos de esterilización en caso de dos o más procesos iguales en el mismo quirófano

INDICADORES

- Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS actualizado accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico - SI
- Se han unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatología - Se han unificado el 80% de los contenedores
- Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos. Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set Quirúrgicos utilizado en los procesos más habituales de traumatología
- Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico: Mínimo 1

DURACIÓN

- Actualización inventario : Abril - Octubre 2019
- Unificar la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de trauma Junio - Octubre 2019
- Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set quirúrgicos de traumatología - Junio - Noviembre 2019
- Sesiones formativas: Noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

Fecha de entrada: 31/12/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS
RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO
MIGUEL CORRALES PILAR
PERALES ENGUITA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En este año 2020 y debido a la pandemia no se han podido llevar a cabo las actividades que habíamos pensado realizar, por diversas razones. La Consulta de Alta Resolución en sí misma consiste en una única cita al paciente, donde se evalúa, se historia y se interviene en una misma sesión. La eficiencia es máxima si el paciente no tiene que volver a nuestras consultas ya que las revisiones posteriores siempre han sido a cargo de Dermatología. Este proceso se debe llevar a cabo tras una serie de filtros y condicionantes que teníamos que evaluar. Desgraciadamente debido a la pandemia nos hemos visto condicionado en los siguientes aspectos:

- No ha habido Acuerdos de Gestión.
 - Anulación de los quirófanos de Salas Blancas de anestesia local donde llevamos a cabo las cirugías debido a la situación.
 - Limitación de los pacientes a citar para evitar aglomeraciones en las salas de espera siguiendo las indicaciones epidemiológicas del hospital
 - Muchos de los pacientes, estando programados, no acudían a su cita, por muchas razones, entre otras el miedo a la situación aún a pesar de las medidas de seguridad (suelen ser personas ancianas, población de riesgo)
- Debido a este panorama, sólo se realizaron cirugías en los meses de enero, febrero, mayo, junio, octubre y noviembre cuando se nos permitía y sin el ritmo habitual (2 sesiones de 7-8 pacientes a la semana). Aún así, se han analizado los resultados obtenidos que se exponen en el siguiente apartado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siguiendo los estudios anteriores, hemos analizado desde mayo 2019 (donde acabó el anterior proyecto) hasta diciembre del presente año

- Pacientes intervenidos en total : 359
- Correspondientes a 2019 (7 meses): 212
- Todo el 2020: 147 pacientes

De los seleccionados (439) se han intervenido pues el 81,7 % que se aproxima a los resultados obtenidos en el anterior estudio (86%)

Solamente se han recitado por diversas razones 21 pacientes, lo que mejora la selección del circuito de Alta Resolución (un 6% respecto al 21% del anterior)

Pacientes suspendidos: no calculados porque la mayoría de ellos era por incomparecencia tal como se explica antes. No hemos calculado ningún índice porque creemos que no son significativos dada la poca casuística.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Siguen siendo las mismas propuestas

- Asegurar la selección de pacientes para intervenir a todos los pacientes posibles, disminuyendo la suspensión de programaciones

- Cambiar los criterios de selección, ampliándolos : intervenir a población diana (pacientes de fuera de Zaragoza, ancianos y motivos laborales)

- Inclusión de la vía telemática para incluir a los pacientes (TeleDermatología) y su posterior derivación.

Incluiría revisión de documento de derivación tal como se está planteando ya.

En cualquier caso ya son más de 1500 pacientes que se han beneficiado de este proceso pasando fugazmente por las Listas de Demanda Quirúrgica contribuyendo a disminuir los ratios y medias.

Por parte de los pacientes, gran satisfacción al evaluarlos e intervenirlos el mismo día evitándose un mínimo de 2 consultas en el Hospital

Mejoramos los ratios de las Consultas Externas (índice primeras/sucesivas), contribuyendo a su mejor gestión y disminuyendo las citaciones en estos días en los que se tiende a fomentar las consultas telemáticas en vez de las presenciales.

7. OBSERVACIONES.

Queremos continuar este Proyecto en años sucesivos dentro de los Acuerdos de Gestión, porque este año lo consideramos de "transición", al que añadiremos aspectos que hemos considerado interesantes o útiles a posteriori como es las Consultas Telemáticas o Citas con Telemedicina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA, BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS, RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO, MIGUEL CORRALES PILAR, PERALES ENGUITA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2015 viene funcionando la Consulta de Alta Resolución en la que se revisan y se intervienen en mismo día de la citación pacientes derivados a Cirugía Plástica principalmente oncológicos y que fue motivo de un proyecto de mejora de Calidad del año 2015.
Esta Consulta ha demostrado su utilidad tanto para el Hospital (disminución de consultas y mejora índice primeras/sucesivas), como para los pacientes (mínimos desplazamientos, resolución del problema)
Posteriormente han ido surgiendo necesidades de corrección del proyecto original para un buen y mejor funcionamiento y aprovechamiento de la Consulta, como el incluir otros procesos preferentes, cirugía de mano con anestesia local y, centrándolo en los pacientes, ampliar la oferta no sólo a los residentes de fuera de Zaragoza sino a la población en general. Asimismo se pretende cambiar el modelo/documento de derivación para facilitar el cribado/selección de pacientes en el proceso
Se han publicado (Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 44 - No 3, págs 335-338, 2018) unos resultados de una muestra de pacientes (642) de dicha Consulta correspondientes a un año (2015-2016) donde se muestran los resultados obtenidos que mejoran la eficiencia del proceso, disminuyen gastos sanitarios y aumentan la satisfacción del paciente

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los resultados anteriores con la optimización de los filtros de pacientes derivados, facilidad de cribado y mejora de outputs tanto para los ratios de consulta como de satisfacción del paciente.
Contribución al control de las Listas de Espera Quirúrgica (mejora del índice entradas/salidas)
Población diana: pacientes de ambos sexos derivados por Dermatología susceptibles de ser intervenidos en el Servicio y que cumplan criterios establecidos

MÉTODO
1º Agrupar y estudiar la actividad 2016-2018 analizando los resultados
2º Actuación sobre cada fase del proceso:
- Derivación pacientes por Dermatología : elaborar documento tipo para envío del paciente por dermatología que posea los ítems básicos e imprescindibles para la inclusión en el circuito
- Filtro de pacientes: rediseñar condiciones de inclusión: edad, tipo patología, toma de anticoagulantes/antiagregantes, domicilio paciente, situación social
- Consulta/cirugía: optimizar programación quirúrgica evitando suspensiones, estudiar ampliación de sesiones quirúrgicas
- Derivación a Dermatología: creación documento tipo estandarizado
- Control biopsias por si paciente o patología fuera subsidiaria de tratamiento en el Servicio o derivación a otro que no fuera Dermatología
3º Creación/mantenimiento de Base de Datos del proceso
4º Evaluación de resultados de nueva propuesta

La Consulta de Alta Resolución que ya funciona se mantendrá en su formato actual hasta evaluar los cambios que se produzcan

INDICADORES
Se mantendrán los indicadores actuales
* Índice de beneficiados de la consulta de alta resolución

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

(a/b)x100:
a= pacientes citados a la consulta de alta resolución
b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
Objetivo>90%
* Índice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
Objetivo>70%
* Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución.
(a/b):
a= no total de consultas sucesivas
b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución
Objetivo <1,25
Se evaluarán los resultados con un mínimo de 300 pacientes, que pueden ser intervenidos en unos 6 meses aproximadamente

DURACIÓN

- Recogida de datos y evaluación de resultados 2016-2018 : mayo 2019
- Aplicación de nuevos criterios de inclusión: junio 2019
- Creación base de datos: junio 2019
- Intervención 300 pacientes: junio-diciembre 2019 (estimado)
- Evaluación resultados: enero 2019
- Creación documento derivación de/para Dermatología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1262

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 16/01/2021

2. RESPONSABLE ALVARO JESUS BERNAL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES
AGULLO DOMINGO ALBERTO
TURON RIOS MARIA ALICIA
PUERTAS PEÑA JAVIER
REOLA RAMIREZ ENARA
SANZ ARANDA ESTER
PERALES ENGUITA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todavía nos encontramos en negociaciones con el servicio de Geriátrica para poder coordinar ambos servicios y que puedan dar una atención preferente a nuestros pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos valorar todavía los resultados alcanzados. La pandemia COVID y el impacto que tiene especialmente sobre la población anciana ha hecho necesaria la modificación de prioridades. Los indicadores de nuestro proyecto sólo son útiles en condiciones normales. En caso de que nunca alcancemos una "normalidad", deberemos modificar el proyecto y adaptarlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La desestructuración de los servicios para poder atender el aumento de la asistencia COVID y la disminución de la actividad propia de los servicios, han impedido una buena comunicación entre los servicios de C. Plástica y Geriátrica para poder desarrollar el proyecto. Las prioridades han sido otras. Esperamos que conforme se controle la epidemia, podamos continuar con nuestras actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1262 ===== ***

Nº de registro: 1262

Título
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS, FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES, AGULLO DOMINGO ALBERTO, TURON RIOS MARIA ALICIA, SAMPIETRO DE LUIS JOSE MANUEL, PUERTAS PEÑA JAVIER, REOLA RAMIREZ ENARA, SANZ ARANDA ESTER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los tumores cutáneos de cabeza y cuello (en especial el carcinoma espinocelular cutáneo), puede ser un tumor de rápido crecimiento, que obliga a cirugías mayores, que implican resección amplia, reconstrucción y linfadenectomía. Estos tumores, cada vez con mas frecuencia, se detectan en pacientes mayores, en los que también es más frecuente la metastatización.

Con frecuencia se intervienen sin tener en cuenta la fragilidad del paciente, o no se intervienen (o se hace

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1262

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

de manera incompleta) teniendo como único criterio la edad. Lo primero conlleva mayor riesgo de complicaciones, en ocasiones mortales, y mayor uso de recursos sin obtener mejoría en la calidad de vida del paciente. En el segundo caso, la imperancia del ageísmo implicará mayor mortalidad y morbilidad.

La toma de decisiones consensuada en base a equipos multidisciplinares es la base de la atención centrada en la persona y en la gestión por procesos asistenciales.

Queremos proponer la elaboración de un protocolo orientado a aquellos pacientes que por su edad y/o situación cognitiva y funcional previa, le generen al Cirujano Plástico controversia en la toma de decisiones. Actualmente, de manera no sistemática se estaban derivando pacientes a la consulta externa de Geriatria, donde Geriatras formadas en valoración prequirúrgica elaboran una batería de test e índices pronósticos, que junto a una valoración geriátrica integral permiten conocer la fragilidad del paciente. Ello nos va a permitir estimar la reserva fisiológica del mismo para superar el tratamiento propuesto con resultados positivos, orientar en la toma de decisiones basado en esta valoración sobre el grado de adecuación del esfuerzo terapéutico indicado en cada paciente, seguimiento de aquellos factores de riesgo que conviene tener controlados e incluso optimizar en lo posible la situación previa a la cirugía del paciente (situación nutricional, tratamiento de anemias...) y en caso de desestimación de la cirugía orientar a la familia y elaborar informes para Atención Primaria y que puedan valorar activar a nivel ambulatorio los recursos recomendables.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de actuación para la valoración de fragilidad por parte de Geriatria en todos los pacientes mayores de 85 años y aquellos mayores de 80 años en los que se cumplan los siguientes criterios: dependencia funcional previa, deterioro cognitivo diagnosticado o comorbilidad (presencia de 2 o más de las siguientes: insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica dializada o enfermedad vascular cerebral), que sean derivados al Servicio de Cirugía Plástica con tumores cutáneos avanzados, para cuyo tratamiento precisen de una cirugía mayor que un cierre primario o la reconstrucción con un colgajo local (de aquí en adelante, nos referiremos a los pacientes con estas características como "población diana").

MÉTODO

Elaboración de un grupo de trabajo formado por Cirujanos Plásticos y Geriatras.

Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales). Primera reunión para poner en común datos objetivos sobre el número y sobre todo características, de pacientes subsidiarios de esta valoración.

Consenso definitivo sobre valoración de fragilidad en estos pacientes, en base a evidencia científica de que se disponga en este tipo de cirugías.

Elaboración de un protocolo que incluya el circuito de derivación de estos pacientes para poder hacerlo lo mas precoz posible y poder gestionarlo, si es viable, en el resto de centros de la red SALUD que dispongan de Geriatria, dado que el Servicio de C. Plástica del HUMS es referencia única regional.

No se precisan a priori recurso material ni humano, al disponerse de consultas monográficas en ambos servicios.

INDICADORES

Formación de un grupo de trabajo si/no

Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales) si/no

Elaboración de protocolo si/no

Valoración de población diana y remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria: 80%.

Valoración de población diana remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria, con valoración realizada y con informe clínico detallado disponible en la HCE del paciente. 80%

Elaboración por parte de C. Plástica de informe clínico definitivo con la conclusión consensuada tras paso por comité de tumores y disponible en la HCE: 75%

DURACIÓN

Inicio mayo 2019

Junio 2019: inicio de reuniones periódicas.

Septiembre 2020: elaboración del protocolo

Octubre 2020 puesta en marcha, con inicio de registro de derivaciones/valoraciones

Mayo 2020: análisis de resultados y finalización/valoración de continuidad

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 - 2019/0957

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: 8ª HUMI, 2ª MI H General, 4ª C Torácica-MF H General, 1ª C Vascular H Quirúrgico, 3ª C General H Quirúrgico, 9ª 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 psicótrópos en las unidades de cuidados de enfermería.

MÉTODO

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

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

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

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

.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 realizaron 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 - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Fecha de entrada: 05/01/2021

2. RESPONSABLE ELISA CIVITANI MONZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FASE 4: Mejoras del proyecto,
Se mantienen las sesiones 1 a 4, y se decide modificar, ampliar y estandarizar las visitas de seguimiento hasta el 3º mes tras la implantación del sistema ISCI con las siguientes sesiones:

SESIÓN 5: A los 15 días de la anterior, impartida por la educadora "Descarga de datos en plataforma software e interpretación y vinculación con la Unidad" de carácter práctico. A continuación, los endocrinos pediátricos ajustan junto con la familia el tratamiento. Duración: 1:30h

SESIÓN 6: 1ª visita presencial mensual conjunta (pediatra y educadora) para descarga de datos, afianzamiento de conocimientos y ajuste de tratamiento. Duración: 40min

SESIÓN 7: Al mes de la anterior, visita presencial conjunta (pediatra y educadora) para descarga de datos, afianzamiento de conocimientos y ajuste de tratamiento. Duración: 40min

SESIÓN 8: 1ª visita trimestral en la consulta del programa de seguimiento de terapia con ISCI

Dependiendo del sistema de monitorización de la glucosa, puede haber niños que precisen una sesión extra entre la sesión 4 y 5

SESIÓN EXTRA: "Inserción de sensor de monitorización continua de glucosa" impartida por la educadora de 1h de duración. Para ello se elaboró una presentación powerpoint específico
El apoyo telefónico y vía correo electrónico se mantendrá durante todo el proceso según necesidades de cada familia.

Debido a que el segundo cuestionario presentaba mayor número de fallos en preguntas de nivel avanzado y necesarias para un buen control con la terapia ISCI, se decidió realizar una sesión sobre estos conceptos y reforzada con el uso de un calculador de bolo, los 3 meses previos al inicio del programa con terapia ISCI. Esta SESIÓN "Ratios y Factor de Sensibilidad" es impartida por la educadora, de forma grupal (3 o 4 familias) con una duración de 1h. Durante el primer mes tras la sesión, se realiza seguimiento por parte de la unidad según necesidades de cada familia, presencial o telemática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante 2020, de enero a marzo un total de 6 familias participaron en el programa, durante abril y mayo debido a la pandemia por SARS-COV2 se suspendió el programa, y se retomó en mayo, pero participando solo 1 familia cada vez. En total han participado 10 familias durante el año 2020.

Todas las familias contestaron los cuestionarios, los niños debían ser mayores de 10 años para contestarlo. Consideramos asimilados los conceptos con una puntuación en ambos test de 7 ítems correctos en cada uno de ellos al menos.

Todos obtuvieron una puntuación mayor a 7, por lo que el estándar alcanzado fue del 100%

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante: Continuidad de cuidados

Dimensión: Efectividad

Tipo de indicador: Proceso

Objetivo/justificación: Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI

Fórmula :

Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales (10) x100/

Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD (10) = 100%

Explicación de términos: Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina

Estándar: 90%. ESTÁNDAR ALCANZADO 100%

Fuente de datos: Corte semestral en unidad de diabetes

Población: Niños con diabetes y sus cuidadores principales

Responsable de la obtención: Enfermera educadora en diabetes pediátrica

Periodicidad de obtención: Semestral

Observaciones: Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados del segundo cuestionario han mejorado tras la implantación de la Sesión "Ratio y Factor de sensibilidad", pero queda pendiente para el 2021 pasar a las familias el cuestionario post test al mes, en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

sesión 6 y valorar la asimilación de conceptos avanzados en la terapia ISCI

La unidad decide la Instauración estandarizada y sistemática del programa de Implantación de la terapia ISCI debido a que se ha conseguido una educación terapéutica adecuada y eficiente a través de la enfermera educadora en diabetes capacitando a las familias a través de conocimientos, habilidades y el desarrollo de actitudes.

7. OBSERVACIONES.

Debido a la pandemia SARS-COV2 no se ha podido realizar el programa con varias familias al mismo tiempo, lo que ha repercutido en la pérdida para las familias de la interacción y retroalimentación entre ellas, y un mayor tiempo de espera para entrar en el programa.

Para los profesionales también ha supuesto mayor esfuerzo, ya que en ocasiones alguna de las sesiones ha tenido que hacerse vía telemática a través de zoom, lo que requiere mayor tiempo para las explicaciones, asegurarse de que la información es comprendida correctamente y preparar nuevos materiales educativos.

Debido al rápido avance tecnológico, los recursos del hospital deberían ir avanzando y adaptándose de una forma más rápida y eficaz a las necesidades de los pacientes, lo que repercutiría en una mejora de su calidad de vida.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1306 ===== ***

Nº de registro: 1306

Título
MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Autores:
CIVITANI MONZON ELISA, RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un autocuidado las 24 horas del día. La atención al niño con diabetes persigue dos objetivos principalmente: mejorar el control glucémico y ayudar al niño y a sus cuidadores principales a convivir con la diabetes.

El número de personas con diabetes tipo 1 subsidiarias de tratamiento con bomba de insulina es cada vez mayor. En los últimos dos años se ha triplicado el número de pacientes portadores de ISCI (Infusor Subcutáneo Continuo de Insulina) en nuestra unidad. Actualmente, se realiza el seguimiento y control de más de 60 niños portadores de ISCI.

Se requiere un equipo multidisciplinar y programas educativos estructurados específicos con el fin de optimizar la implementación de la terapia así como el seguimiento. Es necesario contar con un equipo especializado de profesionales en esta materia, donde la enfermera educadora en diabetes tiene un papel fundamental al ser la encargada de realizar la formación necesaria al niño y a su cuidador principal.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar una educación terapéutica adecuada y eficiente a través de la enfermera educadora en diabetes adaptando los recursos que están a nuestro alcance.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes atendidos en la Unidad de Diabetes Pediátrica con criterios de terapia ISCI.

MÉTODO

Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP).

1. Sesiones formativas: las dos primeras serán teóricas y las dos siguientes prácticas

SESIÓN 1: Control de la diabetes
SESIÓN 2: Terapia con sistema ISCI
SESIÓN 3: Manejo e implantación sistema ISCI
SESIÓN 4: Realización 1º cambio de catéter

2. Posttest tras el programa educativo:

Tras la última sesión formativa se realizará el test al paciente o a su cuidador principal en función de su edad, para valorar la asimilación de conceptos.

3. Citas sucesivas: serán programadas, a demanda, telefónicas, etc... para resolver dudas y afianzar los conceptos que les permitan adquirir la autonomía necesaria.

INDICADORES

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante Continuidad de cuidados

Dimensión Efectividad

Tipo de indicador Proceso

Objetivo/justificación Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI

Fórmula

Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales x100

Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD

Explicación de términos Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina

Estándar 90%

Fuente de datos Corte semestral en unidad de diabetes

Población Niños con diabetes y sus cuidadores principales

Responsable de la obtención Enfermera educadora en diabetes pediátrica

Periodicidad de obtención Semestral

Observaciones Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

DURACIÓN

FASE 1 o de elaboración de:

- el contenido de las sesiones teóricas a través de un power point: abril - mayo
- el test de valoración de la asimilación de conceptos pre y post la formación: mayo
- el material de apoyo y la cartilla de seguimiento de cuidados y citas: mayo

FASE 2 o puesta en marcha de la mejora:

- realización de las sesiones formativas: junio (según se produzcan las inclusiones de niños en el programa por criterios clínicos)

FASE 3 o de evaluación de la mejora:

- evaluación de indicadores: semestral

FASE 4 o replanteamiento e introducción de otras mejoras, si procede: diciembre

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 - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 27/12/2020

2. RESPONSABLE ISABEL IZQUIERDO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSTILLA BARRIGA LISETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DE RUEDA CILLER BEATRIZ
ANSO OLIVAN VICTOR
GALEGO VIZIOSO MARIA TERESA
BELLIDO PEREZ MARIA PILAR
DELGADO BELTRAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De las actividades previstas en este proyecto para el año 2020, se han realizado las siguientes:

- Sesiones semanales (Martes) intraservicio con el objetivo de comentar y programar las fechas de aféresis de los pacientes, cuadrar las pruebas pre trasplante de donante y receptor en el caso de trasplante alogénico, discutir la indicación o no de auto/alo trasplante, organizar los ingresos y fechas de infusión de progenitores de los diferentes pacientes tanto del Hospital Miguel Servet como de los pacientes derivados de los Hospitales comarcales que nos remiten pacientes (Alcañiz, Calatayud, Obispo Polanco de Teruel, Barbastro, Royo Villanova y Hospital Clínico Lozano Blesa).

- Consolidación del grupo multicéntrico de trasplante de progenitores hematopoyéticos de Aragón, constituido en el año 2019. Nos estamos reuniendo de forma periódica mensual (último lunes de cada mes) de forma presencial con Hospital Clínico Lozano Blesa y Royo Villanova, y mediante videoconferencia con Barbastro, Huesca, Teruel, Alcañiz y Calatayud, con el objetivo de comentar pacientes nuevos candidatos a trasplante, seguimiento de pacientes ya trasplantados que precisan revisiones tanto en el Hospital Miguel Servet (consulta de trasplante) como en sus Hospitales de procedencia, comentar dudas y organizar fechas de ingreso y/o consulta.

- Implementación de la Consulta virtual: Se están citando pacientes de forma "virtual", es decir, se les da una cita tanto en Hospital de Día de Hematología como en la consulta de trasplante pero el paciente se realiza los análisis en su centro u Hospital de referencia y el día en cuestión nos ponemos en contacto con ellos con los resultados para modificar tratamiento o resolver dudas de dicho paciente. Aunque de momento no se ha comentado con el Servicio de Citaciones, el objetivo es que dichos pacientes aparezcan citados de forma diferente para distinguirlos de los citados que van a acudir presencialmente a la consulta.

- Comunicación fluída con el Servicio de Bioquímica para consensuar y elaborar perfiles de seguimiento post Trasplante, con el objetivo de no repetir pruebas innecesariamente.

- Se han comenzado a implementar Cuestionarios de Salud (SF-36) en pacientes durante el post trasplante (mes +3, +6 y +12). El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto es la mejora en la atención global del paciente trasplantado de médula ósea.

Las sesiones intraservicio semanales (martes) nos ayudan a organizar entre los facultativos de Hematología de las diferentes secciones tanto las fechas de movilización y aféresis de progenitores hematopoyéticos de paciente para autotrasplante como de los donantes sanos para pacientes que van a ser sometidos a aloT_{PH}, programar y organizar el ingreso en planta, decidir el acondicionamiento pre trasplante, comentar las diferentes complicaciones durante el mismo y el tratamiento indicado y el seguimiento posterior en Hospital de Día o Consultas Externas.

Las sesiones multicéntricas con facultativos de Hematología de los diferentes centros de Aragón (se realizan el último lunes de cada mes) han favorecido la citación y posterior realización de pruebas pre trasplante en el centro de referencia (que habitualmente se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

consigue realizar en un periodo de tiempo adecuado), la información del seguimiento del paciente al facultativo remitente desde el centro trasplantador, la realización de pruebas diagnósticas en un centro u otro durante el periodo post trasplante, e incluso la recogida de medicación de farmacia hospitalaria en sus centros de referencia, que evita que el paciente deba trasladarse a Zaragoza únicamente por este motivo. Dicho grupo está en proceso de aceptación oficial como subgrupo dentro de la Sociedad Aragonesa de Hematología. Se ha hablado con la Dra. Montoiro, coordinadora autonómica de Trasplantes de Aragón, encontrándose en este momento en fase avanzada de su tramitación.

La consulta virtual se realiza en pacientes que presentan buen estado general, no presentan complicaciones agudas postrasplante y están ya con inmunosupresión en descenso o suspendida. Se trata de pacientes que viven en comarcas alejadas de Zaragoza (Alcorisa, Graus, Alcañiz, Monzón, por ejemplo) y a los que le supone una molestia importante tanto personal como familiar el hecho de trasladarse quincenalmente a Zaragoza. En estos casos la posibilidad de facilitar al paciente la realización de pruebas complementarias en centros próximos a su residencia habitual, supone una mejora importante a su asistencia y calidad de vida derivada de la misma, puesto que se evitan desplazamientos innecesarios, adaptándose el proceso asistencial a las necesidades del propio paciente. Gracias a este sistema, es su propio médico habitual el que revisa los resultados de las pruebas realizadas y se pone en contacto con el paciente, siendo posible comentar las complicaciones que puedan surgir hasta la próxima revisión. Dada la situación actual de pandemia global, este método supone un beneficio claro en la atención continuada del paciente trasplantado minimizando los riesgos que suponen en este momento acudir a un centro hospitalario con mayor riesgo de infección. Es por lo que, este año concretamente, ha sido especialmente importante el desarrollo de este tipo de consultas dado el perfil de nuestros pacientes.

La implementación de la escala de calidad de vida nos ayuda a favorecer el manejo del paciente crónico, como lo es el paciente trasplantado de médula. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. La estandarización del contenido y puntuación son esenciales para la interpretación del SF-36 y hace posibles las comparaciones significativas de los resultados a través de los estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los objetivos propuestos en este proyecto, cabe destacar que se han cumplido algunos de los más relevantes, sin embargo, no se han podido cumplir la totalidad de ellos. Este año, debido a la situación de pandemia que vivimos, el desempeño de nuestra actividad asistencial como profesionales sanitarios ha condicionado en gran medida la imposibilidad para cumplir con todos los objetivos establecidos en este proyecto. El cuidado de pacientes hematológicos y en algunas ocasiones pacientes con patología COVID ha sido una prioridad para todos los profesionales que formamos parte de este centro. A pesar de la circunstancias que vivimos, cabe destacar, que sí que se ha conseguido consolidar las labores del grupo recientemente creado dedicado al trasplante de médula en Aragón. No obstante, de cara al próximo año reforzaremos aquellos puntos implicados en diagnóstico, atención, derivación y seguimiento de pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al proceso de trasplante. Se ha iniciado una aproximación en este aspecto con los Servicios de Digestivo, Neumología, Reumatología, Dermatología y Rehabilitación, con el objetivo de remitir al paciente a una consulta especializada en el manejo de las complicaciones clásicas de estos pacientes. Quedan pendientes de incluir en este grupo Servicios fundamentales como Oftalmología y Psicología. Deseamos que próximamente cuando la presión asistencial lo permita, podamos establecer reuniones periódicas y realizar un manejo conjunto con estos servicios previamente citados. Además, sería conveniente que las personas implicadas en la realización de éste proyecto, pudiéramos disponer de tiempo específico dentro de nuestra labor asistencial para poder llevar a cabo todos los protocolos previstos, puesto que es en beneficio de todo el sistema y supondría una optimización de los recursos (reducción de ingresos de paciente en el periodo post trasplante, mejoría de su calidad de vida, evitar la repetición de pruebas innecesarias, sobrecarga de trabajo en Centro trasplantador).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1377 ===== ***

Nº de registro: 1377

Título
PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
IZQUIERDO GARCIA ISABEL, COSTILLA BARRIGA ANASTASIA PILAR, AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR, DE RUEDA CILLER BEATRIZ, ANSO OLIVAN VICTOR, GALEGO VIZOSO MARIA TERESA, BELLIDO PEREZ MARIA PILAR, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante alogénico de médula ósea sustituye la hemopoyesis defectuosa del paciente por una normal de un donante sano. Estos pacientes tienen un elevado riesgo de complicaciones a corto como a largo plazo, por lo que se benefician seguimiento multidisciplinar. Las complicaciones más frecuentes son:

- a. Enfermedad de injerto contra receptor aguda (EICRa):
- b. Enfermedad de injerto contra el receptor crónica (EICRc).
- c. Infecciones: durante los primeros meses pos trasplante,
- d. Disfunción neuroendocrina: problemas tiroideos (hipo e hipertiroidismo), insuficiencia adrenal, disfunción gonadal, infertilidad... son complicaciones habituales en la fase tardía postTPH.
- e. Problemas musculoesqueléticos: osteoporosis, miopatías, necrosis avascular...
- f. Síndrome metabólico
- g. Complicaciones renales
- h. Los síndromes linfoproliferativos postTPH
- i. Segundas neoplasias
- j. Adaptación psicosocial

RESULTADOS ESPERADOS

- a. Evaluar la actividad el programa de trasplante autoólogo y alogénico de donante emparentado.
- b. Crear un grupo de trabajo multiceéntrico de trasplante con facultativos de todos los centros hospitalarios de Aragón, con reuniones mensuales.
- d.. Crear un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagnóstico, la atención, la derivación y el seguimiento de los pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al trasplante. Debe incluir un anatomopatólogo, hematólogo de hospitalización, dermatólogo, oftalmólogo, digestólogo, ginecólogo, urologo,, reumatólogo y un psicólogo. Periodicidad bimensual.

MÉTODO

- a. Realizar sesiones semanales intraservicio para organizar la lista de espera de trasplante.
- b. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar intrahospitalario que mejore la organización del programa de trasplante de PH del HUMS
- c. Realizar protocolos de actuación en el ámbito del trasplante:
 - o Protocolo de profilaxis de EICR
 - o Protocolo de manejo de la EICR aguda (circuito de diagnóstico rápido)
 - o Actualización del protocolo de manejo de la EICR crónica (circuito de diagnóstico rápido)
 - o Protocolo de esquemas de acondicionamiento pretrasplante
- d. Crear una "consulta telefónica" que evite desplazamientos innecesarios a los pacientes.
- e. Consensuar junto el Sº de Bioquímica perfiles analíticos para seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, y niveles de inmunosupresores.
- f. Elaborar de un protocolo de actuación de forma ambulatoria ante un EICHc, incluyendo técnicas disponibles.
- g. Implementar escalas de calidad de vida: Las encuestas más utilizadas para pacientes adultos sometidos a alo TPH son The Short-form (SF-36) y la FACT-BMT.
- h. Crear de un grupo multiceéntrico con facultativos de Hematología de todos los centros hospitalarios de Aragón

INDICADORES

1. Numero de sesiones intraservicio anuales documentadas mediante acta.
2. Número de sesiones interdisciplinarias hospitalarias anuales. documentadas mediante acta.
3. Número de sesiones multiceéntricas anuales documentadas mediante acta.
4. Realización de 2 protocolos anuales. si/no
5. Implementación consulta telefónica: si/no
6. Realización de perfiles postrasplante: si/no
7. Porcentaje de pacientes con encuesta de calidad de vida. 50%

DURACIÓN

2 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 TEJADA ARTIGAS ANTONIO
 SANTED ANDRES MARIA JESUS
 GARISA ROCHA RAUL
 MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desarrollo de calculadoras en la herramienta informática (2018-2019) que permiten la estimación pronóstica tras el ingreso en intensivivos, adecuando el tipo de cálculo al proceso que motiva su ingreso: SAPS-II, APACHE-II (Procesos médicos o quirúrgicos en pacientes polivalentes y traumáticos), EUROSORE-II (Post-operados de cirugía Cardiaca); GRACE ACS Risk Score (Síndrome Coronario Agudo) y CRUSADE Score (Síndrome Coronario Agudo) e índice de fragilidad (en todos los grupos).
- En colaboración con el ingeniero de GE se ha creado una herramienta informática que permite la exportación de toda esta información en un formato que permite realizar el control de calidad de los objetivos establecidos y el análisis estadístico posterior (Excel, SPSS). En fase de desarrollo herramienta explotación seguimiento "segundo paso".
- Creación de informes automatizados (gráficos y numéricos) de carácter mensual que permite el seguimiento por proceso patológico, por unidad.
- Tras realizar un primer control de calidad, se informa a los responsables del proyecto puntos de mejoras y las deficiencias encontradas; con posibilidad de rectificación.
- Envío de los informes vía correo electrónico a todo el personal médico de intensivivos. Incluido M.I.R. Mostrar debilidades y fortalezas del proyecto en sesiones conjuntas del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención. Se muestra la información por grupos patológicos, mostrando INICIALMENTE número de ingresos por mes y año, y en segundo tiempo la progresión de la determinación del estimador pronóstico específico por mes; mostrando al final el promedio final. DEBE RESALTARSE QUE LOS DATOS MOSTRADOS CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL PRIMER CONTROL DE CALIDAD (durante un mes, tras el alta de UCI el paciente permanece activo en el sistema informático de UCI permitiendo su cálculo).
 Indicadores utilizados: Detección automatizada de los estimadores pronósticos referidos (SAPS-II; APACHE-II; EuroScore-II, Crusade, GRACE; e IF) al alta de UCI.
 Resultados por grupos patológicos:

GRUPO	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
CIR CARDIACA	31	49	45	33	35	39	35	18	44	49	48	34
Total 2019:	460			100,0%	93,8%	97,2%	94,9%	90,0%	90,0%	89,7%		
2018	90,0%	100,0%	96,0%	89,5%	PROMEDIO 2019:	90,3%	17	47	41	21	Pend	
38	47	29	12	26	44	35	17	47	41	21	Pend	
iente Total 2020:	357			93,9%	90,0%	86,2%	95,2%	97,4%	100,0%	100,0%		
100,0%	100,0%	95,7%	93,9%	90,0%	86,2%	95,2%	97,4%	100,0%	100,0%	100,0%		
100,0%	100,0%	87,5%	Pendiente	PROMEDIO 2020:	87,0%							
? interanual:	-3,7%											
CORO SCA	31	26	41	21	22	38	25	32	30	21	35	33
Total 2019:	355			97,2%	96,3%	90,5%	81,6%	89,3%	100,0%	90,9%		
63,3%	82,1%	82,4%	91,9%	PROMEDIO 2019:	87,2%	4	4	2	0	Pendiente		
81,0%	82,4%	11	3	5	4	4	4	2	0	Pendiente		
21	23	11	3	5	4	4	4	2	0	Pendiente		
TOTAL 2020:	82			100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	66,7%		
87,2%	78,3%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%		
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Pendiente	PROMEDIO 2020:	85,7%						
? interanual:	-1,7%											
CORO no SCA	5	10	7	12	17	12	11	11	13	16	11	7
Total 2019:	132			75,0%	54,5%	68,8%	66,7%	80,0%	76,9%	83,3%		
20,0%	44,4%	90,0%	66,7%	PROMEDIO 2019:	67,0%	4	3	4	3	Pendiente		
77,8%	90,0%	11	3	4	6	4	3	4	3	Pendiente		
17	10	11	3	4	6	4	3	4	3	Pendiente		
Total 2020:	67			90,0%	-----	75,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%		
78,6%	100,0%	100,0%	50,0%	-----	75,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	100,0%		
0%	100,0%	100,0%	50,0%	-----	75,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	100,0%		
? interanual:	+7%											
NEURO-RX	10	10	12	6	11	7	11	11	11	9	14	8
Total 2019:	120			63,6%	33,3%	90,9%	87,5%	63,6%	87,5%	92,3%		
55,6%	45,5%	93,3%	87,5%	PROMEDIO 2019:	73,2%	8	7	14	11	Pendiente		
77,8%	93,3%	6	0	8	12	8	3	7	14	11	Pendiente	
10	12	6	0	8	12	8	3	7	14	11	Pendiente	
Total 2020:	91			66,7%	-----	83,3%	84,6%	88,9%	100,0%	100,0%		
88,9%	91,7%	72,7%	66,7%	-----	83,3%	84,6%	88,9%	100,0%	100,0%	100,0%		
93,3%	91,7%	72,7%	66,7%	-----	83,3%	84,6%	88,9%	100,0%	100,0%	100,0%		
? interanual:	-0,9%											
NEUROQUIR												

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

21	34	27	31	36	22	28	17	25	31	21	20
Total 2019: 313											
25,0%	51,4%	95,7%	55,2%	44,8%	86,5%	95,7%	80,0%	94,7%	95,8%		
100,0%	100,0%	100,0%	94,7%	PROMEDIO 2019:	76,6%						
23	28	18	10	22	26	21	14	18	22	22	Pend
Total 2020: 224											
100,0%	100,0%	100,0%	90,9%	50,0%	91,3%	90,5%	73,9%	83,3%	68,8%		
96,0%	72,2%			Pendiente	PROMEDIO 2020:	76,4%					
? interanual: -0,3%											
POLITRAUMAT											
3	10	6	5	6	13	9	5	9	7	9	7
Total 2019: 89											
66,7%	70,0%	100,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	91,7%	100,0%	100,0%	Tota	
83,3%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	PROMEDIO 2019:	89,9%					
4	9	6	0	6	6	4	7	6	7	Pendiente	
Total 2020: 61											
100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	80,0%	100,0%	100,0%	100,0%	25,0	
100,0%	100,0%	71,4%		Pendiente	PROMEDIO 2020:	78,6%					
? interanual: -12,5%											
POLIV-MÉDICO											
41	45	27	37	26	28	31	33	32	41	37	38
Total 2019: 416											
25,0%	65,6%	67,6%	96,3%	73,3%	81,1%	87,1%	87,5%	84,8%			
61,9%	83,3%	PROMEDIO 2019:	75,7%								
95,2%	83,3%	41	22	27	31	49	34	53	42	Pend	
48	33	68	41	22	27	31	49	34	53	42	Pend
Total 2020: 448											
91,0%	91,7%	90,0%	84,5%	81,8%	96,6%	76,9%	100,0%	75,0%			
100,0%	88,0%		Pendiente	PROMEDIO 2020:	81,3%						
? interanual: +7,3%											
POLIV-QUIR											
34	28	37	25	38	26	30	26	38	45	35	27
Total 2019: 389											
11,4%	67,7%	88,2%	78,6%	82,4%	92,9%	83,9%	90,9%	94,6%			
97,7%	94,3%	88,5%	PROMEDIO 2019:	80,9%							
25	32	19	12	29	27	25	16	26	20	27	Pend
Total 2020: 258											
87,8%	93,9%	75,0%	90,9%	88,5%	89,3%	93,1%	100,0%	100,0%			
96,0%	70,8%		Pendiente	PROMEDIO 2020:	82,1%						
? interanual: +1,5%											
Total:											
178	212	202	172	193	185	182	157	202	223	215	
Total 2019: 2298											
36,3%	70,6%	82,6%	72,4%	88,9%	86,7%	84,0%	90,7%	91,3%			
89,0%	92,8%	88,5%	Pendiente	PROMEDIO 2019:	81,1%						
188	198	169	81	123	151	138	112	148	163	133	
Total 2020: 1604											
91,4%	96,1%	87,1%	79,8%	86,2%	91,4%	86,6%	96,1%	85,1%			
98,2%	79,6%		Pendiente	PROMEDIO 2020:	81,5%						
? interanual: +0,4%											
IF	53,8%	84,4%	94,5%	86,2%	94,7%	92,0%	85,6%	89,3%			
91,8%	91,8%	92,8%	92,5%	PROMEDIO 2019:	87,5%						
90,7%	92,7%	94,2%	81,9%	89,2%	91,4%	94,4%	88,3%	90,1%			
89,1%	89,1%		Pendiente	PROMEDIO 2020:	90,7%						
? interanual: +3,7%											
? interanual Grupos Diagnósticos:											
CIR CARDIACA -0,22; CORO SCA -0,77; CORO no_SCA -0,49; DONANTE-P -0,44; NEURO-RX -0,24;											
NEUROQUIR -0,28; POLITRAUMAT -0,31; POLIV-MÉDICO +0,08; POLIV-QUIR -0,34; QUEMADOS 0;											
Tx CO -0,57;											
TOTAL -0,30											

Impacto del Proyecto:

En más del 80% de las altas de UCI se documenta un estimador pronóstico adecuado a su proceso; sin objetivar variaciones significativas en el grado de cumplimiento entre un año y otro (variación incremental anual +0,4%). Los meses iniciales del año 2020 correspondiente con el primer brote de la pandemia COVID (a partir de mediados de marzo), se objetiva un descenso considerable de todas las patologías (Variación interanual del 30%. Falta incluir el dato de diciembre: se estima reducción final del 25%), detectándose una reducción del uso de las calculadoras de los estimadores pronóstico, y por tanto en el cumplimiento de los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al pesar del impacto negativo de la pandemia COVID, la cual nos ha obligado a cambios de estrategias continuas, cambios en el equipo médico, entrada de otros especialistas, etc. los objetivos se han mantenido. Datos que nos permite disponer de parámetros objetivos de la complejidad de la población atendida en el Hospital de Referencia de la Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

Datos mostrados en ausencia de los datos correspondientes al mes de diciembre 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/887 ===== ***

Nº de registro: 0887

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

Título
APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

Autores:
CARRILLO LOPEZ ANDRES, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, SANTED ANDRES MARIA JESUS, OLMOS PEREZ FRANCISCO, MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crítica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La aplicación de los sistemas pronóstico a nivel individual y poblacional permite categorizar los pacientes en términos de gravedad o de riesgo, en función de las variables más relevantes que pueden medirse en UCI (mortalidad, complicaciones, disfunción de órganos, estancia, grado de discapacidad, secuelas a largo plazo y calidad de vida). La hipótesis general que sustenta el uso de estos sistemas, establece que las variables clínicas que pueden valorarse al ingresar en UCI anticipan la supervivencia y otros resultados finales de éstos. Esto se basa en la evidencia de que la edad creciente, la presencia de una comorbilidad crónica subyacente y que las alteraciones fisiológicas se acompañan de mayor mortalidad.
Dichos sistemas contribuyen a estimar y comparar la calidad de la asistencia proporcionada en las diferentes instituciones, guiar la planificación de recursos para la asistencia a nivel local, investigar la capacidad técnica y asistencial de los servicios e identificar las formas de tratamiento más efectivas de acuerdo con la gravedad de los enfermos, ayudar a las familias y médicos en la toma de decisiones y contribuir en el desarrollo de investigaciones clínico-epidemiológicas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Desarrollo herramientas informáticas adecuadas que integren variables fisiológicas y analíticas que permitan y faciliten el cálculo de estimadores pronósticos adecuados al proceso que motiva su ingreso.
-Implementación distintos estimadores pronósticos y fragilidad: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. Procesos médicos quirúrgicos polivalentes), GRACE ACS Risk Score y CRUSADE Score (Síndrome coronario Agudo), EUROSCORE II (Post-operado de Cirugía Cardíaca), estimación grado fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity).
-Evaluación temporal por unidad y grupo patológico del grado de cumplimiento

MÉTODO
Conocer el grado de fragilidad de la población ingresada en UCI basada en datos clínicos y en la aplicación de un estimador pronóstico apropiado al proceso que motiva su ingreso.
Evaluación temporal del grado de cumplimiento por unidad y grupo patológico

INDICADORES
1. Determinar el grado de fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity) $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. APACHE-II: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes con procesos médicos o quirúrgicos ingresados > 24 horas en UCI
3. GRACE y CRUSADE: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes ingresados por un Síndrome Coronario Agudo
4. EUROSCORE-II: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes post-operados de Cirugía Cardíaca.

DURACIÓN
Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida.
Reevaluación de cumplimiento y resultados cada mes.

OBSERVACIONES
Ninguna

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 TEJADA ARTIGAS ANTONIO
 SANTED ANDRES MARIA JESUS
 GARISA ROCHA RAUL
 MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Adecuación de la herramienta informática de UCI (Clinisoft, GE) a las necesidades del IRAS-PROA. Se incluyen las variables necesarias para su adecuado cumplimiento al ingreso que den respuesta a: Origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo e infección-colonización germen multirresistente previo
2. Creación de visores en la herramienta informática que permita la visualización automatizada de las pruebas microbiológicas solicitadas.
3. Exportación automatizada en los informes de alta de UCI de los procedimientos técnicos realizados con fecha de inicio y su finalización. Diferenciando los activos de los inactivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por Unidad/mes >=80% de los pacientes; objetivándose un incremento más significativo en este año (>=90%). Se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero a diciembre de los años 2019 y 2020; así como el promedio y el incremento interanual (falta introducir el valor correspondiente al mes de diciembre 2020):

Coro	61,1%	74,0%	75,0%	83,3%	90,0%	92,9%	90,9%	92,3%
94,2%	85,5%	91,5%	83,3%	Promedio-2019: 84,5%				
88,9%	96,4%	98,1%	91,7%	94,2%	93,9%	90,2%	93,6%	95,8%
98,2%	100,0%		Pendiente	Promedio-2020: 88,9%				
? interanual: + 5,2%								
Trauma	61,5%	76,9%	91,7%	88,7%	96,3%	96,4%	91,8%	93,3%
92,2%	91,0%	93,2%	89,7%	Promedio-2019: 88,6%				
98,1%	98,4%	92,7%	94,4%	90,0%	100,0%	97,7%	91,7%	100,0%
100,0%	100,0%		Pendiente	Promedio-2020: 98,1%				
? interanual: + 10,7%								
PC	59,6%	94,3%	90,5%	97,1%	93,8%	92,1%	85,4%	100,0%
94,6%	93,5%	98,1%	98,0%	Promedio-2019: 91,4%				
98,0%	96,3%	97,9%	95,7%	94,9%	100,0%	100,0%	100,0%	97,1%
100,0%	98,5%	96,4%		Pendiente	Promedio-2020: 98,0%			
? interanual: + 7,3%								
Poliv	32,4%	65,1%	77,1%	92,6%	88,9%	89,5%	86,5%	93,9%
86,0%	78,4%	86,8%	96,0%	Promedio-2019: 81,1%				
90,0%	88,2%	92,9%	100,0%	55,6%	75,0%	66,7%	77,8%	90,9%
90,0%	85,7%		Pendiente	Promedio-2020: 90,0%				
? interanual: + 11%								
TOTAL	55,5%	78,2%	83,6%	89,1%	93,1%	93,1%	89,2%	94,0%
91,8%	87,7%	92,8%	90,8%	Promedio-2019: 86,6%				
94,4%	95,6%	96,1%	94,7%	90,8%	97,4%	95,1%	93,2%	97,0%
97,6%	95,6%	Pendiente		Promedio-2020: 94,4%				
? interanual: + 9,1%								

Como se observa, hay un incremento en la cumplimentación de estas variables tras el ingreso del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva.

2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización: Se ha generado una rutina automatizada que permite la exportación de esta información en el informe de alta de UCI. Herramienta que se está utilizando en la actualidad en el 100% de los pacientes (se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero-2019 a diciembre-2019. Mostrando finalmente el promedio del año).

Coro	40%	52%	98%	98%	100%	100%	100%	100%
100%	100%	100%	Promedio-2019: 91%					
Trauma	51%	59%	95%	94%	100%	100%	97%	100%
100%	100%	100%	Promedio-2019: 91%					

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

PC	43%	62%	93%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	1
00%	100%	100%	Promedio-2019: 91%							
Poliv	46%	43%	94%	96%	97%	100%	100%	100%	100%	
100%	100%	100%	Promedio-2019: 90%							
TOTAL	45%	54%	95%	96%	97,50%	100,00%	99,25%	100,00%		
100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Promedio-2019: 91%					

En el año 2020; se ha alcanzado el 100% durante todos los meses.
 3.Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización:
 Se ha conseguido crear un visor que permite observar esta información de forma automatizada en el sistema informático, no pudiéndose enviar esta información al informe de alta en espera de actualización de la librería de fármacos de UCI. Se ha creado una rutina que permite visualizar a tiempo real fármacos bajo control por Farmacia.
 4. Pruebas microbiológicas solicitadas: Se han creado el visor correspondiente a este objetivo, consiguiéndose permitiendo visualizar todas las pruebas microbiológicas solicitadas desde UCI.
 Impacto del proyecto: Nos ha permitido integrar información clínica relevante tanto para la práctica clínica diaria como para el seguimiento epidemiológico de la unidad. Proyecto que ha unido aún más la atención multidisciplinar en el manejo del proceso infeccioso en UCI (Microbiología, Preventiva, Grupo PROA, Farmacia e Intensivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
 El objetivo del proyecto es mantener esta herramienta funcionando de forma indefinida, por la importancia en la atención asistencial inmediata como en la información obtenida a nivel epidemiológico. Hemos aumentado la visibilidad del tratamiento de UCI tanto en farmacia, microbiología y preventiva; lo cual permite una evaluación multidisciplinar más eficaz.
 Actualmente estamos trabajando, junto con microbiología, para que la información microbiológica se transmita de forma automatizada al sistema informático de UCI, minimizando el tiempo de demora en la transmisión de la información, y mejorando la documentación automatizada del sistema.
 Dado las características de nuestro centro, la inclusión de un intensivista dentro de la estrategia IRAS-PROA ARAGÓN 2018 facilitaría el cumplimiento de los objetivos establecidos.

7. OBSERVACIONES.
 Los datos correspondientes al mes de diciembre 2020 quedan pendiente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
 ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Autores:
 CARRILLO LOPEZ ANDRES, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, SANTED ANDRES MARIA JESUS, OLMOS PEREZ FRANCISCO, MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
 Sexo: Ambos sexos
 Edad: Adultos
 Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
 Otro Tipo Patología: Patología Crítica
 Línea Estratégica .: IRAS PROA
 Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
 Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
 Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
 Como parte de la estrategia de implementación del "Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos" (PNRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia IRAS-PROA Aragón cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibióticos.
 La complejidad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos conlleva un elevado consumo de recursos tanto a nivel microbiológico como farmacéutico, entre otros. No es suficiente con disponer de la información. El "cómo" se presenta y "cómo" se documenta es fundamental. El trabajo multidisciplinar es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

indispensable para ajustar la herramienta a la necesidad clínica, facilitando la obtención de la información y la generación de la información.

El empleo de sistemas de información clínica (SIC) persigue mejorar los resultados finales del proceso asistencial, mejorando la seguridad y la calidad, y colaborando en la mejoría de su gestión. La adopción de herramientas que ayuden a gestionar los procesos de cuidados de estos enfermos puede generar una distribución más eficiente de los recursos sanitarios, puesto que los SIC facilitan a tiempo la información necesaria para optimizar la toma de decisiones clínicas y de gestión, y para desarrollar una asistencia más efectiva, eficiente y segura.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adecuación de la herramienta informática a las necesidades de información IRAS-PROA.
2. Mejorar la seguridad de la transferencia de información en el traslado a planta de hospitalización.

MÉTODO

Adecuación de la herramienta informática de gestión clínica en UCI que dé respuesta a:

1. Datos del protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de intensivos relacionados con el paciente (origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo, infección-colonización multirresistencia previa, etc)
2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.
3. Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.
4. Pruebas microbiológicas solicitadas (indicándose fecha y hora solicitud).
 - a. Como prueba piloto se incluirán resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.
5. Creación de un "visor" con capacidad de integración en el sistema informático del hospital que permita la visualización de la historia clínica.

INDICADORES

1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por unidad/mes $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. Inclusión en los informes de alta de UCI de los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin.
3. Inclusión automatizada del tratamiento en $\geq 80\%$ de los informes de alta.
4. Tabulación resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos relacionados con muestras respiratorias y hemocultivos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.

DURACIÓN

Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida. Valoración de resultados y de cumplimentación cada mes.

OBSERVACIONES

Necesidad inclusión de un Intensivista en la Estrategia IRASPROA ARAGÓN

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 - 2019/1382

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

Fecha de entrada: 26/01/2021

2. RESPONSABLE JESUS MARIA LASSO OLAYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA
HUESO DEL RIO ENRIQUE
HUICI POLO PATXI
FIGUERAS VILLALBA PILAR
TEJADA ARTIGAS ANTONIO
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HEMOS DADO CONTINUIDAD AL SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DE LOS PACIENTES PROCEDENTES DE LA UCI EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGÍA, AL MENOS AL 90%.
EL PRODEDIMIENTO EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS IMPLICADOS HA SIDO SIMILAR AL DEL AÑO PRECEDENTE, SI BIEN ES VERDAD QUE LA PANDEMIA COVID HA MERMADO EN ALGÚN CASO LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y A LOS PACIENTES /FAMILIARES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR N° 1: NÚMERO DE PACIENTES AL MES QUE SALEN DE LA UCI Y SEGUIMOS EN PLANTA: OBJETIVO CUMPLIDO (ST 90%)
INDICADOR N°2: NÚMERO DE PACIENTES QUE REINGRESAN EN UCI: OBJETIVO CUMPLIDO (ST MENOR 4%)
INDICADOR N°3: NÚMERO DE PACIENTES QUE FALLECEN EN PLANTA TRAS SALIR DE UCI (SE EXCLUYEN PACIENTES CON LET): OBJETIVO CUMPLIDO (ST MENOR 2%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA PANDEMIA COVID HA DIFICULTADO (Y ESTÁ DIFICULTANDO MUCHO) LAS COSAS PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN DE MAYOR CALIDAD A LOS PACIENTES EN GENERAL, Y A LOS PACIENTES OBJETO DE LA PRESENTE MEMORIA DE CALIDAD EN PARTICULAR. LA UNIDAD DE APOYO A LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS (PERTENECIENTE AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA) HA MANTENIDO (CON GRAN DIFICULTAD) EL SOPORTE A LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS QUE NOS HAN DEMANDADO Y DEMANDAN NUESTRA COLABORACIÓN A DIARIO

7. OBSERVACIONES.
SEGUIMOS PENSANDO QUE SERÍA RECOMENDABLE AMPLIAR ESTA COLABORACIÓN A OTROS SERVICIOS QUIRÚRGICOS CUYOS PACIENTES PRECISAN ESTANCIA EN UCI TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1382 ===== ***

Nº de registro: 1382

Título
SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO POR PARTE DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

Autores:
LASSO OLAYO JESUS MARIA, ODRIOSOLA GRIJALBA MONICA, HUICI POLO PATXI, HUESO DEL RIO LUIS ENRIQUE, FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología neuroquirúrgica grave
Línea Estratégica ..: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1382

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

PROBLEMA

Los pacientes que tras una prolongada estancia en UCI pasan a la planta de neurocirugía adolecen de una gran complejidad que dificulta su seguimiento por parte de los cirujanos. Generalmente han sufrido varias infecciones, muchas veces por gérmenes multirresistentes, un importante deterioro funcional y, si la comorbilidad es importante, suelen presentar con frecuencia descompensación de su patología de base. Todo esto requiere una valoración global que puede ofrecer un internista. Actualmente el servicio de Geriátrica ofrece atención médica a aquellos pacientes neuroquirúrgicos que tienen una edad de 76 años o más, mientras que el servicio de Medicina Interna atiende a los pacientes de 75 años o menos mediante interconsulta, con las limitaciones que ahora comentaremos. Por eso desde el servicio de Medicina Intensiva, y con el visto bueno del jefe de servicio de Neurocirugía y la geriatra responsable de Neurocirugía, se contempló la posibilidad de contactar con el servicio de Medicina Interna antes del traslado para que nuestra valoración sea inmediata y no cuando el paciente haya empeorado en planta y seamos avisados de urgencia. Esto último es lo que sucede en muchas ocasiones.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde la sección de Medicina Interna de apoyo a los Servicios Quirúrgicos, en colaboración con la UCI y el Servicio de Neurocirugía pretendemos conseguir una menor tasa de complicaciones de los pacientes en la planta de Neurocirugía, anticipándonos a las mismas y que el seguimiento conjunto de dichos pacientes redunde en un mejor pronóstico. Que el canal de comunicación funcione correctamente y seamos avisados a nuestro teléfono corporativo por parte de los intensivistas de la salida a planta de los pacientes con 24-48 horas de antelación. De ese modo podremos hacer la valoración del paciente desde el primer día en planta para anticiparnos a las posibles complicaciones. La población diana serían los pacientes menores de 76 años procedentes de la UCI y con destino a la planta de Neurocirugía.

MÉTODO

Aviso desde la UCI a nuestro teléfono corporativo uno o dos días antes de la salida del paciente a planta para que podamos reunirnos con ellos y conocer la situación del mismo. Valorar a los pacientes menores de 76 años desde su primer día en planta y seguirlos con la periodicidad que éstos requieran. Explicar a la familia nuestra labor y tenerla al día de la evolución desde nuestro punto de vista. Establecer una reunión trimestral de los servicios implicados para establecer las posibles mejoras y los puntos débiles del proyecto.

INDICADORES

Indicadores posibles:

- número de pacientes al mes que salen de la UCI y seguimos en planta. Estándar 90%.
- número de pacientes que reingresan en UCI (comparar con otros años). Estándar < 4%.
- número de pacientes que fallecen en planta tras salir de la UCI (comparar con otros años). Estándar < 2% (se excluyen aquellos en los que se ha limitado el esfuerzo terapéutico)
- estancia media de los mismos (compararla con la previa del mismo tipo de pacientes)
- destino al alta
- número de otros especialistas que tiene que intervenir durante el ingreso.
- encuesta de satisfacción a los familiares.

DURACIÓN

La duración sería de un año desde que sea aprobado el proyecto y, si funciona, prorrogable a los posteriores. Los responsables de la implantación son los servicios implicados. De cada paciente hablaremos primero los intensivistas e internistas y, a diario, si es posible, cuando estemos en planta el internista con el neurocirujano que ese día pase la planta.

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 - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO DIAZ PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
OVIEDO ALFARO JUAN CARLOS
GIMENEZ JULVEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. actividad completada en 2019. Ver memoria 2019.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ: durante todo el año 2020 se han identificado diversos errores y se ha mantenido contacto estrecho tanto en persona como vía correo electrónico entre miembros del equipo y la empresa contratada por el Departamento de Sanidad para la implementación informática de la vigilancia de ILQ en la HCE de Aragón. Tras numerosos contactos el día 9/10/2020 se da solución al principal problema que impedía la correcta depuración de la información introducida en el sistema.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: No se ha avanzado en este punto respecto a lo ya indicado en la memoria de 2019. Se sigue trabajando en la modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS.
4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. El calendario de 2020 ha sido difícil de cumplir por las condiciones especiales que se han dado este año tanto para nuestro Servicio como para los Servicios quirúrgicos implicados. Se ha acordado el calendario de vigilancia de ILQ para el 2021 en el HUMS. Dicho calendario está ya plasmado en la documentación interna del servicio.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Sin novedades respecto a lo plasmado en la memoria de 2019.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores. Durante el 2019 desde el 17/7/2019 y durante todo el 2020 se está registrando toda la vigilancia de ILQ a través de la plataforma existente en HCE.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia. Actividad pendiente por lo comentado en el punto 2. Desde noviembre estamos trabajando en la depuración de la información introducida en el sistema (por cuestiones técnicas ha sido imposible empezar antes) y esperamos que durante el primer trimestre de 2021 podamos tener todos los informes de la vigilancia de ILQ correspondiente al año 2020 y presentarlos a los respectivos responsables de los servicios quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 17/7/2019, fecha en que se comenzó el registro informático en HCE de la vigilancia de ILQ hasta el día 29/12/2020 se han registrado en HCE 1500 encuestas de vigilancia de ILQ en el HUMS. De las cuales corresponden al año 2020
Se han detectado algunas dificultades relativas sobre todo a la depuración y validación de la información introducida. Creemos que los problemas están solucionados y estamos trabajando en validar toda la información de la vigilancia de ILQ correspondiente al año 2020.
De las 986 encuestas abiertas en 2020 ya han sido revisadas y validadas 361 (un 36,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El año 2020 ha sido muy complicado en lo que respecta a este proyecto. Los principales responsables del mismo, incluyendo a Informática del Salud y al Servicio de Medicina Preventiva del HUMS, han visto sus prioridades laborales muy alteradas por la pandemia. Peso a ello se ha avanzado en la Vigilancia de ILQ y esperamos que en el 2021 podamos cumplir todos los objetivos que habíamos planteado para 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

Autores:

LAPRESTA MOROS CARLOS, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, CORTES RAMAS ANA MARIA, GUERRERO DIAZ PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, OVIEDO ALFARO JUAN CARLOS, GIMENEZ JULVEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que desarrollan una infección de localización quirúrgica (ILQ) tienen mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas hospitalarias.
El Servicio de Medicina Preventiva (SMP) del HUMS tiene amplia experiencia en la vigilancia de las ILQ y tiene implantado un sistema que abarca 13 categorías de intervenciones quirúrgicas.
El sistema nacional de vigilancia de las IRAS de la RENAVE, publicó en 2016 los protocolos nacionales de vigilancia de las IRAS.
En Aragón, desde el Grupo de Trabajo IRAS dentro del Programa IRASPROA, se está coordinando la puesta en marcha de dichos protocolos y va a contar con una herramienta de registro en Historia Clínica Electrónica (HCE).

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:
Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos a través de la implantación del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ y utilizando la herramienta incorporada en la HCE. Los procedimientos a vigilar incluyen: bypass aortocoronario, cirugía de colon, prótesis de cadera y rodilla, cirugía del conducto biliar, hígado o páncreas, cirugía cardíaca, cirugía de vesícula biliar, cesárea, craneotomía, fusión espinal, laminectomía y bypass vascular periférico.
Objetivos secundarios:
•Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos vigilados.
•Proporcionar a las comunidades autónomas y a la RENAVE los resultados de la vigilancia de ILQ.
•Contribuir a disminuir las tasas de ILQ.
•Participar en la red europea de vigilancia de la infección quirúrgica del ECDC.

MÉTODO

1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Actividad a realizar por el grupo Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. Actividad a realizar con el Servicio de Informática del Departamento de Sanidad.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 y adaptación de bases de datos.
4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. Se tendrán reuniones con los responsables de dichos servicios para presentarles el sistema y pactar con ellos los calendarios.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Dicha formación incluirá tanto el conocimiento del protocolo de vigilancia de ILQ como el manejo del registro en HCE.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia.

INDICADORES

1. Protocolo aprobado en reunión del Grupo de Trabajo IRAS. Estándar: Sí. Fuente de información (FI): actas de las reuniones del Grupo de Trabajo IRAS.
2. Documentación del Sistema ISO 9001:2015 actualizada. Estándar: Sí. FI: documentación del sistema de gestión de calidad y actas de las reuniones del Grupo de Mejora de la Calidad.
3. Porcentaje del personal de enfermería del SMP que asiste al menos a una sesión formativa. Estándar: 100%. FI: registros de asistencia a las sesiones formativas.
4. Número de cirugías con formulario ILQ abierto en HCE / número de cirugías que cumplen criterios para vigilancia de ILQ * 100. La evaluación se realizará mediante muestreo aleatorio con tamaño muestral mínimo de 50. Estándar: 95%. Fuente de información: HCE (listados de intervenciones quirúrgicas realizadas y formularios ILQ).

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

1. Participación en el desarrollo del Protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Responsables (R): C Lapresta y MJ Hernández. Fechas de realización (FR): enero-abril 2019.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. R: C Lapresta. FR: enero-abril 2019.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
4. Diseño de calendario de vigilancia de ILQ. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: mayo 2019.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el Hospital Universitario Miguel Servet. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. R: P Guerrero, ML Tabuenca y JC Oviedo. FR: mayo-diciembre 2019.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia, feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia y evaluación de indicadores del proyecto. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO TOLOSANA PARICIA
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
FONDEVILA MONGE JUSTA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
CASTRO USED MARIA DOLORES
ALDA ALGARATE MARIA JESUS
ASENSIO VELA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Formamos un equipo de trabajo y dividimos en subgrupos las diferentes tareas a realizar y la recogida de información. (febrero 2019)

*Reuniones con la dirección de enfermería del HUMS y con la de AP de nuestro sector: definición de los circuitos a seguir con las 2 coordinadoras de AP. (reuniones realizadas en Julio y septiembre del 2019)

*Reunión con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto. Se realizó el 7 octubre del 2019

*Creación de base de datos, programa para registrar los pacientes y realizar los test de tabaquismo. (marzo/abril 2019)

*Preparación de educación sanitaria para el paciente y tríptico motivacional para el paciente. (abril/mayo 2019)

*Creación de informe de continuidad de cuidados sobre deshabituación tabáquica para enviar a enfermera de AP y/o consulta de deshabituación. (abril 2019)

*Preparar plan de acción con el paciente ingresado que incluye: registro de nuevos ingresos cada día en hoja excell, selección de pacientes, entrevista motivacional, ejecución de los test de dependencia de nicotina y test de motivación para dejar de fumar,,dar al paciente información básica y apoyo, hablar con el médico que lo lleva en la unidad para empezar un tratamiento farmacológico si pertinente, programar cita del paciente con enfermería o medicina de AP,enviar correo electrónico a coordinador de enfermería del centro de salud avisando que el paciente quiere entrar en el programa de deshabituación, avisar del alta del pacte al centro se salud y entregar al pacte el informe de continuidad de cuidados de DT para que lo lleve a AT (junio/septiembre2019)

*Seguimiento de los pacientes con feedbacks al mes,3 meses y 6 meses

*Creación de un consentimiento informado para aceptar la entrada en este programa y el seguimiento a través de historia clínica y llamada telefónica al paciente (noviembre 2019).

*Implementación: realización de pequeños videos de lmin de duración aproximada que se envían a todo el personal de la unidad de neumología para explicar las diferentes partes del proyecto y la necesidad de colaboración de todo el personal e implicación como parte de nuestro proyecto de gestión. (diciembre 2019). Explicado también por la supervisora de enfermería en las ultimas 2 reuniones de la unidad. (junio y diciembre 2019)

* Empezamos a implementar el proyecto en pacientes de la unidad en enero 2020 recogiendo los datos en una hoja de Excel, que nos servirá para la recogida de datos y resultados finales del proyecto a finales del 2020. Datos recogidos hasta marzo 2020 debido a la pandemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los indicadores que establecimos vamos a poder incluir los datos que tenemos hasta marzo 2020. Un único trimestre debido a la situación de pandemia actual. Nuestros indicadores son los siguientes:

1.- N.º pactes ingresados incluidos en el programa de DT/total de pactes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral) (fuente de datos: base de datos DT y protocolo valoración enfermería de la historia de enfermería.

De enero a marzo del 2020 = $29/92 \times 100 = 32\%$ del total de pacientes fumadores ingresados se ha incluido en el programa de captación para la deshabituación tabáquica (DT)

2.- N.º de registros del protocolo de valoración bien cumplimentada la voz "fumador -no fumador" /total de pactes ingresados (indicador de estructura Mensual) (Fuente: protocolo de valoración de enfermería) objetivo 100%

Durante el mes de enero del 2020 68% de los registros de valoración tenían cumplimentada la voz "fumador/no fumador.

Mes de febrero 85%

Mes de Marzo 90%

El estándar es 100% lo que significa que tenemos que trabajar en este ámbito para que todo el personal de enfermería se implique en cumplimentar y preguntar al paciente si fuma o no. Aunque cada mes se va acercando al estándar

3.- N.º pactes incluidos en el programa de DT en Atención Primaria que lo terminan/total pactes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fuente: mail/telefónica, contacto con enfermería de atención primaria y/o paciente) Objetivo: averiguar porcentaje de abandono

No hemos conseguido tener este dato por motivo de la pandemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. El trabajo en equipo y la colaboración ha sido muy bueno y eficaz, se trabajo muy bien y con gran motivación

Nos costó mucho poder empezar a implementar el proyecto ya que hubo muchas dificultades en la relación con AP, problemas de coordinación y de tiempos de ejecución, es difícil coordinar todos los centros de Salud del sector con la unidad de especializada. Con algunos centros de Salud la comunicación ha sido complicada y no nos contestaban a los correos electrónicos, pero sólo unos pocos.

A pesar de no recibir contestación de los centros de salud, enviamos al paciente con el informe de continuidad de cuidados para que coja cita con su médico de familia y se lo entregue para que este empiece la DT.

Hemos contactado a los pacientes telefónicamente algunos contentos y con buen seguimiento, otros a pesar del buen trabajo del centro de salud lo han dejado y unos cuantos se han quejado de falta de seguimiento en AP.

Debido a la evolución de la pandemia Covid-19 y a que nuestra unidad sigue y seguirá como unidad de semicríticos de Covid, damos por finalizado el proyecto. En AP no se está haciendo deshabituación tabáquica en estos momentos al no ser algo urgente se ha dejado de lado, y la situación de nuestra unidad tampoco es idónea ni contamos con el tipo de pacientes para los que se había creado el proyecto impidiéndonos el continuar.

Creemos que el proyecto estaba funcionando y despegando y hacia mucho bien así que en cuanto se vuelva a la normalidad vamos a seguir captando pacientes para que dejen de fumar y que no caiga en vano el esfuerzo y el trabajo hecho en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS

Autores:
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, ROYO TOLOSANA PATRICIA, GONZALEZ LOPEZ CARMEN, FONDEVILA MONGE JUSTA, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, CASTRO USED MARIA DOLORES, ALDA ALGARATE MARIA JESUS, ASENSIO VELA REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DISMINUIR EL TABAQUISMO QUE PROVOCA GRAN PARTE DE NUESTROS INGRESOS y son un gran gasto para el sistema sanitario.Necesidad de disminuir el tabaquismo en ptes respiratorios para mejorar su calidad y esperanza de vida.Hasta ahora los pactes que tienen interes en dejar de fumar se les dice que continuen en su centro de salud pero no hay un circuito lo que provoca desmotivacion y que muchos pactes no sigan

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir captar a pactes ingresados con algo de motivación para dejar de fumar y que exista una continuidadde cuidados en el proceso de deshabituaciona traves de un buen circuito con atencion primaria.Que los pactes se sientas apoyados en su proceso de deshabituacion al ser dados de alta.

MÉTODO

formar un equipo de trabajo y dividir las tareas.
reuniones con nuestra direccion de enfermeria y con la direccion de enfermeria de atencion primaria de nuestro sector
reunion con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto
definicion de los circuitos con las coordinadoras de atencion primaria
creacion de base de datos y programa para registrar los pactes y hacer los test del tabaquismo
preparacion de educaion sanitaria para el pcte y triptico motivacional para el pcte
creacion informe de continuidad de cuidados par enviar a la enfermera de primaria y a la consulta de deshabituacion
preparar plan de accion con el pcte ingresado que incluye entrevista motivacional,ejecucion de los test de dependencia de la nicotina y test de motivacion para dejar de fumar
dar al pcte informacion basica y apoyo.hablar con su medico para que empiece tratamiento farmacologico si pertinente
programar cita del pcte con su enfermera del centro de salud a traves de salud informa,avisar por telefono y mail a su enfermera del centro de salud.
Seguimiento del pcte con feedbacks al mes,3 meses y 6 meses
una vez diseñado el proyecto implementarlo con la colaboracion del equipo de enfermeria de la unidad de neumologia y con los equipos de atencion primaria
seguimiento y evaluacion

INDICADORES

nº pactes ingresados incluidos en el programa de DT/total de pactes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral)(fuente de datos:base de datos dt y protocolo valoracion enfermeria de la historia de enfermeria)
nº de registros del protocolo de valoracion bien cumplimentada la voz fumador -no fumador/total de pactes ingresados (indicador de estructura Mensual)(fte:protocolo de valoracion de enfermeria)
nº pactes incluidos en el programa de DT en ap que lo terminan/total pactes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fte mail/telefonica,contacto con enfermeria de atencion primaria)

DURACIÓN

tiempo estimado de preparacion e implantacion 1 años
2 meses recogida informacion,preparacion base de datos,triptico,entrevista motivacional
2 meses coordinacion con AP:reuniones, creacion del circuito,presentacion del proyecto,recogida de c ontactos necesarios
1 mes de motivacion a los compañeros de unidad y explicacion del proyecto para poder implementarlo.
6 meses de implementacion y recogida de datos
1 mes de evaluacion y recogida de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Fecha de entrada: 04/12/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ALMARCEGUI LAFITA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE FRANCISCO MOURE JORGE
ROMERO PUERTAS FERNANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2020 se han realizado 49 estudios de sueño domiciliario. También se ha procedido a la actualización del protocolo para la realización de estos estudios. Dicho protocolo se encuentra en la Intranet con el código Z2-120-19.

A principios de año se envió una nueva carta a los servicios implicados en la atención de estos pacientes recordando la necesidad de rellenar el cuestionario adjunto para poder realizar una correcta clasificación de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A pesar de la pandemia por COVID-19 vivida a lo largo de todo este año, con el aumento del número de exploraciones realizadas hemos conseguido reducir sensiblemente las listas de espera.

En cuanto a los indicadores seleccionados teníamos tres. El análisis de estos indicadores se ha realizado teniendo en cuenta las estadísticas internas del servicio:

- porcentaje de peticiones en los que se rellenaba el cuestionario para valorar la probabilidad pretest de padecer un síndrome de apnea/hipopnea del sueño: >99%
- polisomnografías domiciliarias que hay que repetir de forma hospitalaria: 4%
- porcentaje de polisomnografías domiciliarias realizadas en pacientes con alta probabilidad: 30%. Probablemente la causa principal del bajo valor en este indicador sea la pandemia por COVID-19 ya que supuso un descenso drástico en el número de pacientes derivados a nuestra unidad. Así, en muchas ocasiones en pacientes que en condiciones normales se estudiarían de forma domiciliaria, se realizó la prueba de forma hospitalaria pues ésta continúa siendo el estándar oro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración del proyecto está siendo muy positiva pues nos ha permitido aumentar el número de exploraciones realizadas cada día, lo cual ha supuesto un drástico descenso en la lista de espera. Es cierto que a esto último ha contribuido la modificación en la asistencia clínica derivada de la pandemia por COVID-19, pero consideramos que incluso en condiciones "normales" habríamos conseguido una importante reducción en dicha lista de espera.

Por otra parte, con la puesta en marcha del proyecto hemos visto que uno de nuestras principales preocupaciones, el de tener que repetir la exploración en el hospital por no resultar concluyente o bien por problemas técnicos, no se ha cumplido. Únicamente a dos pacientes hemos tenido que citarlos de nuevo para realizar un estudio hospitalario lo cual refuerza nuestra idea de que estos estudios domiciliarios son muy útiles, con escasa necesidad de repetirlos.

Como aspecto que queda pendiente aumentar la proporción de pacientes en los que la probabilidad pretest es alta, pues en ellos es donde tienen mayor validez estos estudios domiciliarios. Esperemos que conforme se normalice la asistencia sanitaria podamos alcanzar este objetivo.

Por tanto, pensamos que los estudios polisomnográficos domiciliarios son útiles y permiten aumentar el número de exploraciones realizadas diariamente y, con ello, prestar una atención más rápida en estos pacientes. Además, la calidad de estos estudios es bastante elevada pues en contadas ocasiones hemos tenido que repetirlos de forma hospitalaria. Y todo ello sin apenas aumentar los costes, pues una vez conseguido el equipo, no se necesita mayor personal, solamente los fungibles que se emplean en cualquier otro estudio (electrodos, colodion, esparadrapo,...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/663 ===== ***

Nº de registro: 0663

Título
REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Autores:
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN, ROMERO PUERTAS FERNANDA, DE FRANCISCO MOURE JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología más prevalente de la demanda de estudios Polisomnográficos, tanto en población adulta como infantil, son los trastornos respiratorios. El diagnóstico de dicha patología puede realizarse mediante un PSG vigilado en el hospital y también de forma ambulante (domiciliaria). Está suficientemente demostrada la utilidad diagnóstica de los registros domiciliarios en los trastornos respiratorios. Además, son más accesibles y confortables para el paciente, sin efecto de primera noche en el laboratorio y menor coste económico. En la actualidad todos los Polisomnogramas que se realizan en Neurofisiología en los trastornos respiratorios del sueño se hacen de forma vigilada en el Hospital. El fin de este proyecto es realizar los Polisomnogramas también de forma ambulatoria y no solamente hospitalarios. Esto permitiría disminuir la demora al poder realizar mayor número de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimización de los recursos en el diagnóstico de patología respiratoria del sueño, teniendo en cuenta que en gran parte de pacientes, para el diagnóstico de esta patología no es necesario realizar un PSG vigilado (hospitalario).
- Disminuir la demora del diagnóstico de trastornos respiratorios.

MÉTODO

ACCIONES:

- Clasificación de las solicitudes de Polisomnograma para realizar vigilado o domiciliario en relación a la puntuación obtenida en el cuestionario. Este cuestionario será cumplimentado por el servicio solicitante.
- En los casos en que el solicitante especifique y justifique que se haga vigilado se realizara con el paciente hospitalizado.
- Protocolizar el tipo de registro poligráfico.
- Editar instrucciones del registro para el personal técnico.
- Elaborar Documento informativo con instrucciones para el paciente.
- Cuando el registro sea de mala calidad y no concluyente se realizará vigilado en el servicio de NF.
- Realizar todos los días que están destinados a Polisomnogramas en adultos vigilados también una poligrafía domiciliaria. En relación con los días de demora se podría también programar otra poligrafía domiciliaria los días en los que se realiza PSG a niños.
- Consensuar un informe tipo estándar entre los distintos facultativos-residentes que van a informar estos registros.
- Elaborar un circuito de derivación rápida de los pacientes diagnosticados de trastornos respiratorios graves en NFC a Neumología (Unidad de trastornos respiratorios de sueño) para recibir tratamiento y evitar consultas a especializada.
- Reservar el registro poligráfico vigilado hospitalario para los trastornos respiratorios de mayor complejidad.
- Reorganización horaria para poder desarrollar el proyecto explicado anteriormente, para lo cual sería necesario iniciar los estudios de sueño a las 21 horas en lugar de a las 22horas.

INDICADORES

- % Cuestionarios cumplimentados por los facultativos que solicitan la prueba
- % Poligrafías domiciliarias que hay que repetir de forma hospitalaria
- % de Poligrafías domiciliarias realizadas a pacientes con alta probabilidad pre prueba según el cuestionario

DURACIÓN

Es un proyecto que incluye la implantación de la técnica e inclusión de la técnica en la labor asistencial

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

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 - 2019/0820

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA HADDAD GARAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA
PEÑALVER VAILLO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado todas las reuniones del grupo de mejora y la UCA acordadas.
Se han intentado llevar a cabo todos los objetivos planteados
El 30 de Enero de 2020 se pasó la auditoría interna
El 20 de Octubre de 2020 se pasó la auditoría externa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la Auditoría interna los resultados fueron los siguientes:
FORTALEZAS:
El sistema de gestión está perfectamente implantado, estableciéndose áreas de mejora derivadas de la evaluación continuada del sistema y estando alineadas con los objetivos estratégicos del hospital.
La implicación y esfuerzo realizado en la gestión del personal y su capacitación, a pesar de la alta rotación de personal de enfermería existente en la unidad.

ÁREAS DE MEJORA:
Mejorar la gestión de la consulta, ya que la falta de personal auxiliar durante todo el tiempo que dura la consulta puede suponer riesgos en la atención del paciente (desmayos, movilidad reducida...)
Inclusión de todos los equipos en red para mejorar el sistema de información del servicio
En la auditoría Externa los resultados fueron los siguientes:
FORTALEZAS:
Cumplimiento del más del 90% del acuerdo de gestión.
OPORTUNIDADES DE MEJORA:
El objetivo de conexión en red de los equipos no se ha logrado por razones ajenas al servicio de Neurofisiología, estando pendiente desde 2017 por lo que se requiere que se proporcionen los recursos necesarios

Se han pasado satisfactoriamente la auditoría interna y la auditoría externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente de cumplir el objetivo de conexión en red de los equipos de trabajo

7. OBSERVACIONES.
Se requiere que se nos proporcione de los recursos necesarios para la conexión en red de los equipos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/820 ===== ***

Nº de registro: 0820

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, ALMARCEGUI LAFITA CARMEN, SERRANO TRILLO INMACULADA, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

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: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0820

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Neurofisiología Clínica se encuentra certificado según norma ISO 9001: 2008 desde el año 2015. El sistema ISO se ha implantado y funciona de forma progresiva en el servicio de Neurofisiología lo cual supone la necesidad de una mejora continua. Por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Neurofisiología Clínica para mantener esta certificación UNE-EN ISO 9001. Al ser un sistema de gestión de calidad normalizado los procesos deben estar perfectamente documentados y actualizados. Por ello se establecen objetivos e indicadores que permiten medir periódicamente el proceso de mejora continua así como la detección y prevención de posibles errores. Para la adaptación a la nueva norma UNE-EN ISO 9001:2015 se han estudiado y definido los potenciales riesgos que pueden afectar al funcionamiento del Servicio y a la seguridad del paciente. Se han valorado así mismo Planes de Contingencia en el caso de que sucedan.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento de la certificación ISO 9001:2015 en el Servicio de Neurofisiología clínica. Para ello:
-Alcanzar el cumplimiento de los objetivos del Servicio anuales actualmente ya definidos.
-Mejorar los indicadores del Servicio.
-Detectar y realizar acciones correctivas y preventivas necesarias en el Servicio.
-Seguir revisando y mejorando el Plan de Riesgos del Servicio.

MÉTODO

-Establecimiento de objetivos e indicadores para el 2019.
-Planificación de las actividades del servicio.
-Realización de reuniones periódicas del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio.
-Analizar las incidencias y no conformidades detectadas y realizar las acciones correctivas y preventivas necesarias.

INDICADORES

Los indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio. La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

-Auditoría Interna: Marzo 2019.
-Revisión por la Dirección: Abril 2019.
-Auditoría Externa: Mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0709

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 09/12/2020

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN MARTINEZ JESUS
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2020:

1.1. Ampliar a 10 camas la UI con la consiguiente dotación de recursos humanos

1.2. Gestión de los pacientes con deterioro cognitivo

1.3. Completar e implantar el proceso de manejo de los pacientes con cefaleas iniciado en 2019 y dirigido a un manejo más efectivo

2- Planificación y realización de las actividades necesarias para la cumplimentación de los objetivos

Objetivo 1.1: Elaboración de una propuesta de ampliación de la Unidad de Ictus (realizado en octubre 2019).

Presentación y discusión con la Dirección (realizado en diciembre 2019). Presentación y discusión con los responsables de Ingeniería (realizado en marzo 2020). Realización de las obras, Dotación de personal y tecnología y puesta en funcionamiento, pendientes de decisión de la Gerencia

Objetivo 1.2: Establecimiento de criterios normalizados de valoración/remisión de deterioro cognitivo (realizado en marzo 2020). Acordar la intervención de otros profesionales (A Primaria, Psiquiatría, Geriátrica, Enfermería) (realizado en mayo 2020). Diseño del circuito de manejo (realizado en octubre 2020). Implantación y monitorización del cumplimiento, análisis de resultados y acciones de mejora, trimestralmente una vez implantado (planificado para diciembre 2020).

Objetivo 1.3: Se han definido los criterios normalizados de derivación por cefalea de A Primaria-A Especializada conforme a la guía 2019 "European principles of management of headache disorders in primary care (2nd edition)" (finalizado en octubre 2020). En desarrollo la normalización de la información a remitir desde AP en la ICV (revisado en octubre de 2020). Se ha implantado el protocolo de indicación de los Ac Monoclonales en la migraña (finalizado en octubre 2020). Implantación de técnicas invasivas en Neurología ambulatoria (pendiente para diciembre/enero 2021)

3- Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio (realizado en septiembre de 2020)

4- Análisis de incidencias y no conformidades: realizado con el Responsable de Calidad de forma regular cuando se producen, y puesta en común con el Grupo Impulsor de la ISO y con el Servicio cuando procede. Todas las incidencias y no conformidades quedan registradas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La situación de los Objetivos 2020 se ha explicitado en el punto anterior.

Respecto a los INDICADORES del Servicio, son los siguientes:

-HOSPITALIZACIÓN: estancia media, índice funcional, utilización de la HCE en la Unidad de Ictus, alta temprana. Resultados preliminares: pendientes de recibir los datos desde Dirección la tendencia a fecha actual es de un leve incremento en la estancia media y una completa utilización de la HCE en la Unidad de Ictus.

-CONSULTAS: porcentaje reclamaciones por demora en consultas de capacitación, demora media en consultas externas, consultas anuladas (reprogramadas), interconsultas resueltas de forma no presencial, implantación de la HCE en consultas externas. Resultados preliminares: pendientes de los datos de Dirección, la demora prospectiva en CME tiende a disminuir, las consultas reprogramadas han disminuido en los CME y se ha incrementado en las consultas de capacitación específica y la implantación de la HCE en los CME se ha generalizado.

-INVESTIGACIÓN: Proyectos de investigación, publicaciones. Resultados preliminares: Ambos ítems está claramente por encima del estándar (>3 para proyectos y >10 para publicaciones).

-DOCENCIA: Residentes adscritos a líneas de investigación, Itinerario guía MIR, planes individuales, memoria docente: Resultados: cumplido los estándares, queda pendiente la memoria para enero.

-FORMACIÓN: Plan anual de sesiones. Resultados: plan de formación 2020 acreditado.

-GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD: líneas de mejora, grupo de mejora, registro de efectos adversos, mantenimiento de la ISO. Resultados: todo completado positivamente.

-DISMINUCIÓN DE VARIABILIDAD: Protocolo de relación con Atención Primaria, actualización de guías, protocolo de cirugía de Parkinson, guías CM alto coste. Resultados: todo dentro del estándar excepto revisar la guía de alto coste.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0709

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

-SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA: disminución del gasto de Farmacia, selección eficiente del tío. de la EM con fármacos de primera línea, uso de triptanes en migraña de acuerdo a protocolo, demora en CARE. Resultados: dentro del estándar para la demora en CARE, el resto pendiente de resultados desde el Servicio de Farmacia.

-SATISFACCIÓN DE CLIENTES: Satisfacción de clientes internos, satisfacción de pacientes. Resultados: se están realizando este mes las encuestas a pacientes hospitalizado y de consultas. La encuesta a clientes internos se realizó en febrero-marzo de 2020 y se analizó en reunión del Grupo impulsor de la ISO.

AUDITORÍA ISO 9000:2015: En octubre de 2020 se nos realizó la Auditoría ISO con resultado favorable, destacando los auditores, en lo que respecta a nuestro Servicio:

- La aplicación del SGC
- Mapa de riesgos del Servicio, clave para la gestión del conocimiento
- Acreditación de la Unidad de Ictus en abril de 2020

En el apartado de oportunidades de mejora, se nos indicó:

- Reforzar la evaluación de la eficacia de las acciones necesarias para abordar los riesgos.
- Se podría considerar en el cuadro de mando, indicador de resultados relacionado con el grado de secuelas del paciente

Y en el apartado de Observaciones: Cuadro de mando:

- Discriminar aquellos indicadores vitales de los informativos o con poca capacidad de influencia. Por ejemplo, indicador de reducción del gasto de farmacia en ambulatorios.
- Inventario: se observan campos de la ubicación de los equipos sin cumplimentar. Por ejemplo, monitores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad mediante la certificación ISO como una pieza fundamental para la correcta realización de nuestra labor profesional. Nos obliga y ayuda a analizar la situación, planificar objetivos, diseñar acciones, medir resultados y reflexionar constantemente sobre lo que estamos haciendo, modificando nuestros planes y acciones en función de cómo evolucionan los resultados e incidencias que surgen.

Los miembros del Servicio conocen y participan activamente en las propuestas que se plantean e introducen. El análisis de incidencias y no conformidades se realiza conjuntamente con enfermería a través del grupo impulsor de la ISO lo que mejora la interrelación entre ambos colectivos.

Las evaluaciones externas ayudan también a justificar puntualmente esfuerzos extra para cumplir con nuestros objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

A vuestra disposición si se requiere más información

*** ===== Resumen del proyecto 2019/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, MARTIN MARTINEZ JESUS, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0709

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

RESULTADOS ESPERADOS

1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales (ya establecidos para 2019)
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio (ya establecidos para 2019)
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
4. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

MÉTODO

- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2015

GENERALES

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS

1. Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio
2. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

INDICADORES

Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio

DURACIÓN

Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 23/11/2020

2. RESPONSABLE CESAR RODRIGO CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ORTEGA MARCILLA SILVIA
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
RUIZ CAMPO LEYRE
MIGDAN CARMEN MIHAELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de la difícil situación por la que atravesamos en cuanto a la programación de consultas durante estos meses de pandemia, hemos continuado atendiendo a este grupo de pacientes, con la salvedad del retraso puntual en el recambio de alguno de los pesarios, por reticencia de las pacientes a acudir a las consultas durante las semanas en las que la incidencia de las cifras del COVID 19 recomendaban salir de los domicilios solo para actividades esenciales.

Reclcar que durante estos meses hemos mantenido contacto telefónico con aquellas pacientes que han querido retrasar sus consultas, dándoles las recomendaciones pertinentes para el seguimiento de las mismas.
Aún así, en cuanto a las cifras de utilización de los pesarios:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ALTAS en la consulta del Hospital, derivadas a su CME correspondiente:

15 pacientes altas al CME San José

11 pacientes altas al CME Ramón y Cajal

Un 76 % (20 de las 26 pacientes) han llevado un informe de continuidad de su proceso, incluido en la historia clínica electrónica.

Hay que tener en cuenta que estas 26 altas han permitido generar 52 huecos de revisiones a lo largo de estos 11 meses en la agenda de suelo pélvico de Ginecología del Hospital, permitiendo de esta forma atender otras patologías de Suelo Pélvico sin demoras en dicha consulta

Así mismo se continua con el uso del pesario de primera intención en las pacientes que así lo requieren en los dos CME, al poder disponer de ellos en esos Centros. Se establece comunicación directa con los profesionales que desarrollan su labor en estos CME, actualizando indicaciones cuando es preciso.

En cuanto al grado de satisfacción: sigue situándose en un 90 %, lo que corrobora la impresión de tratamiento bien tolerado y útil que tenemos los profesionales.

No obstante, además de estas altas se continua con este tratamiento en la consulta de Suelo Pélvico, en pacientes que puedan ser más complejas para la consulta de CME.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos aprendido que podemos controlar este tratamiento de forma crónica en los CME, facilitando el acceso a dichos Centros.

Pero quedan pendientes varias consideraciones:

Necesitamos mejorar el acceso físico a alguna de las consultas de los Centros, tanto el acceso a la sala de exploración, mejorando el tamaño de estas consultas, así como debemos mejorar para estas pacientes de movilidad más difícil y reducida las camillas de exploración. Esto redundará en una mejora en la calidad percibida de la atención por parte de estas pacientes.

Necesitamos implicar a todos los que participamos en esta atención de la necesidad de continuar mejorando en el registro de la actividad que realizamos en la historia clínica electrónica, lo que facilitará la atención por parte de otros profesionales que puedan verse implicados en la atención de estas pacientes, como los Médicos de atención primaria, o las matronas.

7. OBSERVACIONES.

Este año 2020 está siendo un año muy difícil en cuanto a la asistencia de pacientes, debido a la situación de pandemia que estamos viviendo.

Creemos que la situación actual hace también que las mujeres consulten en menor medida por esta patología que no se considera vital, por lo que tenemos que estar preparados para un incremento sustancial en la incidencia en los próximos meses de consultas. Tener esta posibilidad de tratamiento bien establecida, conocida por todas y con los medios necesarios en los CME es fundamental para dar respuesta rápida cuando las pacientes la soliciten.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/54 ===== ***

Nº de registro: 0054

Título
UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

Autores:
RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL, ORTEGA MARCILLA SILVIA, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, RUBIO CUESTA PATRICIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, RUIZ CAMPO LEYRE, MIHAELA MIGDAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PESARIO VAGINAL ES UNA MEDIDA CONTRASTADA Y UTILIZADA AMPLIAMENTE POR NUESTRA ESPECIALIDAD. RECONOCIDO DICHO TRATAMIENTO POR NUESTRAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ASISTENCIA MÉDICA.
SE TRATA DE UN PROYECTO PERTINENTE, YA QUE EN LA ACTUALIDAD EL USO DE ESTOS DISPOSITIVOS VAGINALES EN LOS CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES QUEDA CONDICIONADO POR DOS MOTIVOS, EN PRIMER LUGAR POR LA FALTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN COMUN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA QUE PRESTAN ATENCION EN LAS CITADAS CONSULTAS, Y EN SEGUNDO LUGAR SU USO ESTÁ LIMITADO YA QUE LAS PACIENTES QUE DECIDEN ESTE TRATAMIENTO DEBEN ASUMIR EL COSTE ECONÓMICO QUE RESULTA DE LA COMPRA DEL MISMO EN LA ORTOPEdia O FARMACIA, A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL DONDE DISPONEMOS DE MATERIAL A CARGO DEL HOSPITAL

BIBLIOGRAFIA:
- Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):73-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001489.
Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial.
- Protocolo SEGO prolapso (Sociedad Española de Ginecología)

RESULTADOS ESPERADOS
LOS OBJETIVOS SON CLAROS: PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN NECESARIA A LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCION EN ESTAS CONSULTAS CON EL FIN DE UNIFICAR CRITERIOS DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL. QUE CONOZCAN LA DISPONIBILIDAD DE PESARIOS EN LOS ALMACENES DE LOS CENTROS, EVITANDO EL COSTE ECONÓMICO A LAS PACIENTES, DANDO LA MISMA ATENCION Y GARANTIA QUE DAMOS A LA PACIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA HOSPITALARIA.
EL SEGUNDO OBJETIVO, MAS IMPORTANTEMENTE, ES LA POSIBILIDAD DE ACERCAR LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA PACIENTE, QUE EVITARÁ LA NECESIDAD DE DESPLAZARSE HASTA EL HOSPITAL, Y FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTAS PACIENTES, QUE SUELEN SER PACIENTES ANCIANAS, DADO QUE EN LOS CME RAMON Y CAJAL Y SAN JOSE, VAN A PODER ELEGIR CITA LOS 5 DIAS DE LA SEMANA Y EN HORARIO DE MAÑANA O TARDE. ACTUALMENTE, LA CONSULTA QUE PRESTA ESTA ATENCION EN EL HOSPITAL ESTA LIMITADA A LOS MIERCOLES, Y EN HORARIO DE MAÑANA.

MÉTODO
DICHA OPCIÓN DE TRATAMIENTO SE EXPLICARÁ A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y SE COMUNICA A LAS SUPERVISORAS DE LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DEPENDIENTES DEL HUS: CME RAMÓN Y CAJAL Y CME SAN JOSÉ, CON EL FIN DE QUE PREPAREN EN ALMACÉN LOS PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS: 65, 70, 75, 80, 85, 90.
ADEMAS DE LAS PACIENTES NUEVAS QUE LLEGUEN A LOS CME Y SE LES OFERTE ESTE TRATAMIENTO, TAMBIÉN TENDREMOS EN CUENTA A LAS PACIENTES QUE YA ESTÁN UTILIZANDO DICHO TRATAMIENTO, INICIADO EN LA CONSULTA DE SUELO PELVICO (GINECOLOGIA) DEL HOSPITAL. EN EL CASO DE SER DERIVADAS AL CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, DEBERÁN SERLO CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR INDICANDO EL MODELO DE PESARIO QUE PORTA Y PARA CUANDO DEBE SER CITADO EL RECAMBIO DEL MISMO.
IGUALMENTE SE HARÁ CONSTAR EL GRADO DE PROLAPSO CUANDO SE COLOCÓ EL PESARIO, ASÍ COMO OTRAS PARTICULARIDADES QUE COINCIDAN EN LA PACIENTE Y SEAN IMPORTANTES PARA SU POSTERIOR SEGUIMIENTO, COMO POR EJEMPLO EL USO DE TRATAMIENTO LOCAL.
DERIVAR A LA PACIENTE AL CME NO SERÁ IMPEDIMENTO PARA QUE CUANDO SE REQUIERA UNA NUEVA VALORACIÓN POR PARTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

DE LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO, LA PACIENTE SEA DERIVADA A DICHA CONSULTA.

INDICADORES

EN LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO DEL HOSPITAL REGISTRAREMOS LAS PACIENTES QUE SON DERIVADAS A LOS CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.
EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE LOS CME IMPLEMENTAREMOS UN CUESTIONARIO QUE REFLEJE LA UTILIZACIÓN DE LOS PESARIOS, CON EL FIN DE PODER CALCULAR LA INCIDENCIA DE USO, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO DE INICIO Y LA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE

DURACIÓN

ENTRE MARZO Y ABRIL DE 2019 SE ANALIZARAN Y ACTUALIZARAN LOS PROTOCOLOS DE USO DE ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR, CONSENSUANDOS CON LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, UTILIZANDO LAS SESIONES DE ACTUALIZACIÓN QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO.
ESPERAMOS QUE ENTRE FEBRERO Y MARZO LOS ALMACENES DEL LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DISPONGAN DE PESARIOS DE LAS DISTINTAS MEDIDAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR.
ASI MISMO EN ESTOS DOS MESES REPARTIREMOS LAS ENCUESTAS Y FORMULARIOS DE CONTROL QUE SE VAN A REALIZAR EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE GINECOLOGIA QUE PUEDEN ATENDER A ESTE GRUPO DE PACIENTES.
A LOS 6 MESES DEL INICIO REAL DE LA ACTIVIDAD SE ANALIZARÁN LAS ENCUESTAS RECOGIDAS, ASÍ COMO LOS DATOS DEL NUMERO DE PACIENTES QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA DESDE LA CONSULTA HOSPITALARIA DE SUELO PELVICO GINECOLOGIA, Y EL PORCENTAJE DE ESTAS QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA CON INFORME EN RED (HP DOCTOR).

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 - 2019/0127

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL
JOSE GUTIERREZ YASMINA
YAGUE MORENO HORTENSIA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
BAQUEDANO MAINAR LAURA
RODRIGO CONDE CESAR
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los ejercicios correspondientes a la memoria actual 2019 y 2020 se ha implementado las recomendaciones en materia de vacunacion frente a VPH en todos los ambitos de la consulta ginecologica de nuestro servicio a traves de las siguientes actividades:

1-Se procedió a la difusión y concienciación de todos los facultativos del Servicio Ginecología de las recomendaciones de vacunacion por parte de la DGSP del Gobierno de Aragon, asi como de la conveniencia de dicha recomendación según medicina basada en la evidencia.

2-Se da informacion escrita a todas las pacientes sometidas a conización en nuestro servicio, informando de los criterios de inclusion en el calendario vacunal para adultos del Servicio Aragonés de Salud, y de su administración en Atención Primaria en los casos en los que procede.

3-Se informa verbalmente a las pacientes con patologia VPH dependiente que acuden a la consulta de Patologia del Tracto Genital Inferior- PTGI de la existencia del recurso de la vacunacion como prevención primaria o secundaria.

4- En el momento de la consulta de resultados tras el tratamiento escisional o conización, se refuerza verbalmente y queda reflejado en la HC del paciente la recomendación de vacunacion frente VPH AR, tanto en el curso clinico como en los informes de alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 98% de las pacientes conizadas reciben la información necesaria, asi como la indicación y prescripción de la vacuna frente VPH

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La recomendación en materia de vacunacion frente a cualquier tipo de patologia incluyendo la infeccion viral por VPH, requiere una transmisión homogénea por parte de todo el equipo profesional sanitario que atiende a las pacientes.

El mensaje debe ser repetido, sistemático y protocolizado para conseguir el objetivo de concienciación en la población diana.

La información por escrito contribuye a reforzar el mensaje, pero el factor principal y determinante en la decisión de vacunarse por parte de la paciente radica sin duda alguna en haber recibido una información con solidez científica y argumentada, que desmonte mitos y falsas creencias, y que sea transmitido de forma repetida por todos y cada uno de los integrantes de la atención al paciente y en todos los niveles de asistencia a la mujer.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LA D.G. DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE AL VPH EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS DE ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0127

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO

BORQUE IBAÑEZ AMPARO, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, JOSE GUTIERREZ YASMINA, YAGUE MORENO HORTENSIA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, BAQUEDANO MAINAR LAURA, RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La persistencia de la infección por virus del papiloma humano en sus distintos genotipos ha sido ampliamente establecida como agente etiológico de más del 90% de los cánceres de cérvix uterino. Entre las medidas que han demostrado eficacia para disminuir la incidencia de dicha neoplasia se incluyen opciones de prevención secundaria: cribado citológico y test de detección de VPH para el diagnóstico precoz, y otras de prevención primaria: vacunación frente al VPH. La incorporación de dicha vacuna al calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de Aragón se inició con las cohortes de niñas nacidas a partir del 01/01/1994. En estudios posteriores se ha demostrado que la vacunación en adultas que pertenecen a grupos de riesgo, y aquellas que han padecido una lesión intraepitelial de alto grado contribuye a una disminución del riesgo de reinfección y recidiva. Por tanto la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón establece con fecha del 01/06/2018 unas nuevas recomendaciones en materia de vacunación para pacientes con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado y también otros grupos de riesgo como mujeres VIH positivas y menores de 26 años que ejercen la prostitución.

El actual proyecto de mejora pretende establecer y protocolizar nuestra intervención como agentes de salud, incorporando de forma sistematizada dicha recomendación a lo largo de nuestra actividad asistencial en las pacientes que presentan dicha patología.

La información y recomendación sobre la opción de vacunación se realizará en el momento de la confirmación diagnóstica anatomopatológica, y se reincidirá en dicha información al alta hospitalaria tras la realización de tratamiento escisional. Se proporcionará asimismo información escrita sobre la recomendación oficial adjuntándola al informe provisional y / o definitivo de alta del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

- Difundir la recomendación en materia de Salud Pública respecto a la vacunación frente a la infección por VPH entre las pacientes candidatas.
- Ampliar e informar de manera indirecta a los facultativos de atención primaria y personal de enfermería sobre la disponibilidad de dicha herramienta como prevención.
- Disminuir el número de reinfecciones, redetecciones, y recidivas en las pacientes sometidas a conización o con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado

MÉTODO

- Se ofrecerá información verbal sobre las recomendaciones sobre vacunación frente a VPH en el momento del diagnóstico y al establecer la indicación del tratamiento escisional o conización diagnóstica-terapéutica. Se remitirá a las pacientes a los centros de salud para dispensación de la misma.
- Se proporcionará información escrita de nuevo en el momento del alta provisional hospitalaria, o de CMA.
- Se rescatará a las pacientes que por algún motivo no hayan recibido previamente dicha información, y se insistirá en la consulta de resultados tras la conización.

INDICADORES

- Información escrita sobre recomendaciones de vacunación al menos al 90% de las pacientes sometidas a conización y de otros grupos de riesgo incluidos.

DURACIÓN

Año 2019 y siguientes

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0127

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO

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 - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

Fecha de entrada: 09/12/2020

2. RESPONSABLE AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLAMARIQUE ANDUEZA SONIA
CAMPOS BONEL ARANTXA
FERRANDEZ MILLAN MARISA
GASCON FERRER MARINA
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN
SOPENA SANZ LUIS
GARCIA GIMENO BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de grupo de trabajo ISO

Revisar logo UCMORA

REV de consentimientos informados (CI)

Mapa de UCMORA

Cronograma de actividades con lista de actividades para programar la ampliación de la certificación:

29 -03-2019 1ª Reunión en salud
26-06-2019 2º Reunión en SALUD
20-10-2019 Formación ISO
17/27-11-2019 Reunión de trabajo Grupo ISO
23/28-12-2019 Reunión de trabajo Grupo ISO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A lo largo del 2019 se ha creado el grupo de trabajo ISO entre ambas sedes con colaboración de médicos enfermeras y técnicos. Se ha modificado el mapa de procesos ampliado a UCMORA. Hemos revisado y unificado los CI de UCMORA. Se ha establecido un cronograma de actividades de revisión de Procedimientos Operativos se han actualizado e

	CITACIÓN
PO-01_SA(E)_ORT CIT	CITACIÓN
PO-02_SA(E)_ORT EVAL	EVALUACIÓN INICIAL Y DECISIÓN TERAPEUTICA
PO-03_SA(E)_ORT BQ LDR	BRAQUITERAPIA
PO-04_Z2(E)_M_RT	RADIOTERAPIA EXTERNA
PO-05_SA(E)_ORT SUP	RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
PO-06_Z2(E)_M_RT	DERIVACIÓN
PO-11_SA(E)_ORT RIO MAMA	PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE RIO EN CANCER DE MAMA.doc
PO-12_SA(E)_ORT BQ GINE	PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA.doc
PO-13_SA(E)_ORT BQ CERVIX	BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
PO-14_SA(E)_ORT HOP	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN HOP
PO-15_SA(E)_ORT H. ALCAÑIZ	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. Alcañiz
PO-16_SA(E)_ORT H. SAN JORGE	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. San Jorge
IT-35_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC EXTREMIDADES.doc
IT-36_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC MAMA.doc
IT-37_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.doc
IT-38_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PROSTATA.doc
IT-39_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PULMON Y MEDIASTINO.doc
IT-40_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC RECTO.doc
IT-41_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC GINECOLOGICOS.doc
IT-42_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA CERVICAL.doc
IT-43_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA DORSAL.doc
IT-44_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA LUMBAR.doc
IT-45_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION TECNICA RIO MAMA.doc
IT-46_SA(E)-HUMS_ORT	INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC CABEZA Y CUELLO[1]
IT-47_SA(E)-HUMS_ORT	ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC SNC.doc
IT-87_(SA) HCU_ORT	PUESTA EN MARCHA ONCOR HCU
IT-88_(SA) HCU_ORT	PUESTA EN MARCHA TRUEBEAN
IT-89_(SA) _ORT	RECOMENDACIONES ABDOMEN
T-71_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES TORAX.doc
T-72_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES PELVIS.doc
T-73_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES HOLOCRAneo.doc
T-74_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES CEREBRO.doc
T-75_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES MAMA.doc
T-76_SA(E)_ORT	RECOMENDACIONES ALTA
T-81_SA(E)_ORT	BIENVENIDA SERVICIO OR.doc
IT-82_(SA) _ORT	VALORACION NUTRICIONAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido trabajar en equipo desde ambas sedes con el objetivo de homogenizar criterios dirigidos hacia la ampliación de la certificación ISO 9001.
Se ha ampliado la formación en calidad en los distintos estamentos.

7. OBSERVACIONES.

Es preciso para poder seguir avanzando, un mayor respaldo hacia las unidades clínicas, desde el SALUD y Unidades de calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/427 ===== ***

Nº de registro: 0427

Título
AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL, CAMPOS BONEL ARANTXA, GASCON FERRER MARINA, CORRAL DELGADO SARA, VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, GARCIA GIMENO BLANCA, PUEYO PODEROS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Acercamiento del especialista a

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (Resolución publicada en BOA del 20/11/17), justifica su creación en base a los modelos organizativos de servicios compartidos con gestión multihospitalaria que se benefician de un valor añadido al concentrar los recursos para una mejor gestión de la atención sanitaria, y de este modo es posible obtener economías de escala y la prestación de técnicas específicas únicas, favoreciendo al mismo tiempo el acceso a la tecnología y la incorporación de recursos e innovación.

La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) incorpora la plantilla médica de los dos anteriores servicios, y tiene una dependencia orgánica de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet. Por otra parte, con fecha 28 de febrero de 2018 se publicó una Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la atención a los pacientes que precisen tratamiento de Oncología Radioterápica. Atendiendo a esta Resolución la especialidad de Oncología Radioterápica deberá estar presente en todos los hospitales de Aragón que tengan Comités de Tumores, participando activamente en ellos y realizando las indicaciones del tratamiento más adecuado para cada paciente. Este acuerdo de gestión cuatrienal tiene como misión definir las actuaciones, recursos, e indicadores que permitan poder alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Operativo de la creación de la Unidad, y en la resolución anteriormente mencionada de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

RESULTADOS ESPERADOS

La sede del HUMS se encuentra certificada en UNE ISO 9001 desde 2012.
El objetivo desde esta nueva andadura como nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Aragón, es ampliar la certificación de gestión de la calidad UNE en ISO 9000 a la sede del HCU.

MÉTODO

1. 1º Reunión entre las unidades de Calidad de ambos Hospitales HCU y HUMS tutelados por la Unidad de Calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

del SALUD

2. 2º Unificación de consentimientos informados.
3. Realización del mapa de procesos de UCMORA
4. Desarrollo y unificación de procedimientos generales de ambos sectores
5. Desarrollo de procedimientos operativos en la sede del HCU.

INDICADORES

Indicador 1 que el 100% de los CI estén unificados a lo largo de 2019.

Indicador 2 que este realizado el Mapa de procesos de UCMORA en Dic de 2019 con el diseño de Procedimientos operativos.

DURACIÓN

El plazo para poder alcanzar la certificación sería de 2 años.

- | | | |
|---|---------------------|--|
| ? | 1º semestre de 2019 | unificación de CI |
| ? | 2ª semestre de 2019 | adecuación de los procedimientos operativos/ generales con indicadores |
| ? | 1º semestre de 2020 | análisis de riesgos |

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ESPERANZA CASTEJON PONCE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ BARRENA VIRGINIA
PEREZ DELGADO RAQUEL
MIRALBES TERRAZA SHEILA
MONGE GALINDO LORENA
BUSTILLO ALONSO MATILDE
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
CAMPOS CALLEJA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª FASE: Enero - junio

En enero del 2020, la Dra. Gómez, responsable de seguridad, impartió una sesión sobre cultura de seguridad e informo el cambio de sistema de notificación adaptado por el hospital. Explicó cómo se debía realizar a partir de entonces. Se consideró la necesidad de crear un grupo de mejora de hospitalización en el que participara enfermería, auxiliares y facultativos.

Se comunicó las fechas de talleres y cursos de seguridad y se ofreció la posibilidad de realizar el curso de SINASP online.

Se notificó al resto de personal sanitario (enfermería y auxiliares TCAE)

2 FASE:

Desde la unidad de calidad asistencial aceptaron la formación del grupo de mejora, constituido por el jefe de hospitalización, tres supervisoras (una de cada unidad de hospitalización; pediatría A, pediatría B e infecciosos), 3 enfermeras (una de cada unidad de hospitalización), tres TCAE, 3 médicos facultativos (uno de cada unidad de hospitalización), un médico residente en formación (MIR) y la responsable de seguridad de pediatría. Las enfermeras responsables de seguridad impartieron talleres de cultura de seguridad en cada unidad de hospitalización.

Se invitó a todo el personal a realizar el curso SINASP y a utilizar ese sistema de notificación

3 FASE

En Octubre, Dra Gómez impartió sesión clínica "Error diagnóstico en urgencias ", insistiendo en la cultura de seguridad, recalando la importancia de los errores sobre la primera víctima (el paciente y su familia) y sobre la segunda víctima (el profesional). Se vuelve a ofrecer el curso SINASP y se comenta el feed back recibido por parte del ministerio sanidad de las notificaciones realizadas de todo el hospital MIGUEL SERVET desde SEPT 2019- Septiembre 2020

Día 2 octubre, se realizó sesión clínica sobre manejo de historia clínica electrónica por parte de Dra Miralbes y Dra Castejón

Septiembre - noviembre 2020 Curso de IACCS sobre el apoyo a primera, segunda y tercera víctima tras un evento adverso grave. Asiste 6 personas del servicio (1 FEA, 1 MIR, 1 supervisora y 3 enfermeras)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Las notificaciones han sido realizadas a través de SINASP. Desde la responsable de seguridad se envió el informe sobre las notificaciones realizadas en este último año

- En las unidades de hospitalización de lactantes e infecciosos se realizaron cursos de cultura de seguridad, en grupos reducidos en la unidad de lactantes y a través de plataforma you tube en infecciosos, dada la situación actual se decidió no reunirse. Se realizó a través de invitación y como grupo cerrado.

- Se ha comentado entre miembros del equipo asistencial los problemas a la hora de prescribir/administrar algunos fármacos habituales que han llevado a error en la dosificación

- En Junio las unidades de hospitalización, pediatría A y B y Oncopediatría empiezan a utilizar la historia clínica electrónica, uniéndose a partir de septiembre la unidad de infecciosos y urgencias con la realización de hoja de ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Evaluación:

El curso de SINASP ha sido realizado:

- Pediatría A: 1 médico, 8 enfermeras y 1 TCAE

- Pediatría B: 12 enfermeras y 9 TCAE

- Infecciosos: 14 enfermeras y 6 TCAE

- En el informe de notificación SINASP no consta número de notificaciones realizadas por servicios, así que desconocemos el número de notificaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

Tras el curso de IACCS "Apoyo a la primera, segunda y tercera víctima " se realiza in plan de gestión de eventos adversos graves, pendiente de valorar

Este año ha sido un año de mucha incertidumbre, con sobrecarga asistencial y con gran dificultad para realizar sesiones o reuniones presenciales, tendiendo que utilizar otros medios.

Existe diferencia de percepción de los problemas relacionados con la medicación en las diferentes plantas probablemente relacionada con la falta de cultura de seguridad que hace precisa la formación del personal sanitario en general.

Durante este año ha habido un cambio de supervisión en pediatría A y oncopediatría, adjudicada de forma temporal en Septiembre. De manera que en Pediatría A no ha habido supervisor específico hasta esa fecha y ha estado a cargo, temporalmente, de la supervisora de Cirugía Pediátrica. La supervisión de Pediatría B no se ha modificado, pero ha sido responsable temporalmente de la supervisión de Oncopediatría (hasta septiembre). Esta situación de sobrecarga de trabajo implica una dificultad en la instrucción a nuevas personas en seguridad y en notificación. Autoevaluación de niveles alcanzados en el desarrollo del proyecto (ver escala)

Puntuación 4 (El proyecto está avanzado, aunque todavía no hemos obtenido resultados)

7. OBSERVACIONES.

La memoria de proyecto que me indican en el correo es 2018/1176 y el año 2019 entra como acuerdo de gestion proyecto : 2019-1046

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, CASTEJON PONCE ESPERANZA, PEREZ DELGADO RAQUEL, MIRALBES TERRAZA SHEILA, MONGE GALINDO LORENA, BUSTILLO ALONSO MATILDE, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

MÉTODO
1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ª FASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ª FASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

INDICADORES

% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

DURACIÓN

1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018

Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora

2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.

Responsable: supervisora de enfermería

3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.

Responsable: Coordinador del proyecto

4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feedback al personal de la planta

Responsable: Pediatra responsable de cada planta

OBSERVACIONES

Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

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 - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIÉN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DETERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 21/12/2020

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión PEDIATRA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIR
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PINILLOS PISON RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecer las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno). El programa queda limitado a recién nacidos prematuros menores de 32 semanas y/o 1500 gramos peso al nacimiento.

. Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

. Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

. Evaluación de indicadores en el periodo correspondiente a julio - diciembre 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de la documentación durante último trimestre 2019 y primer semestre 2020 (Documento de indicaciones / check - list).

Consenso con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales públicos de Aragón (segundo trimestre 2020).

La implementación del citado proyecto tras elaboración de los citados documentos y ser consensuados con los hospitales periféricos de Aragón se pone en marcha en el segundo semestre de 2020, si bien, las circunstancias actuales de la pandemia han influido de forma negativa en su puesta en marcha por:

- Notable reducción del número de recién nacidos prematuros extremos, lo que ha limitado en gran medida el número de aquellos tributarios de entrar en programa de retorno (13).

- En algunos casos tributarios de entrar en el programa los padres han valorado de forma negativa el ingreso en un segundo hospital (supuestamente mayor riesgo de infección COVID) y han preferido posponer el alta a domicilio desde nuestro propio centro.

En cualquier caso hasta un total de 5 pacientes se han beneficiado del citado programa de transporte de retorno. Y en relación a los indicadores:

- Nº RN susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal en los que consta el check list / Nº total de RN susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal. 12/13 (92.3% - estándar 90%).

- Incremento del número de recién nacidos en los que se ha realizado transporte de retorno al hospital más próximo al domicilio familiar en relación al mismo periodo en el año previo. Julio 2019 - Diciembre 2019: 2/20 (10%), Julio 2020 - Diciembre 2020: 5/13 (38.47%). Estándar >20%.

- Efecto sobre estancia media en planta de Neonatología (Estándar <7 días): Se sitúa en la actualidad por debajo de 7 días pero al no haber acabado el año no disponemos del dato definitivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Debido a las limitaciones comentadas en los resultados, se solicita la continuidad del citado proyecto para poder hacer una valoración de indicadores de al menos un año completo de duración, siendo esta memoria de seguimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1245 ===== ***

Nº de registro: 1245

Título
PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PINILLOS PISON RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Establecer un programa estandarizado de transporte de retorno de aquellos recién nacidos cuyo domicilio familiar le corresponda un hospital de un nivel asistencial inferior, una vez se han superado los problemas que motivaron su traslado o nacimiento en un centro de tercer nivel.
Población diana: Recién nacidos que precisaron tras el nacimiento cuidados de tercer nivel y que tras superar los problemas que motivaron su ingreso en nuestro centro, puede valorarse su traslado al hospital más próximo al domicilio familiar.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

MÉTODO
. Elaboración de las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).
. Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.
. Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

INDICADORES
Segundo Trimestre de 2019: Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores.
Segundo Semestre de 2019: Puesta en marcha del programa. En relación con el mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas y programa Neosoft de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet):
- Indicador 1: Nº de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DETERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

los que consta el check-list / N° total de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal. Estándar: 90%.

- Indicador 2: Incremento del número de recién nacidos en los que se ha realizado transporte de retorno al hospital más próximo al domicilio familiar en relación al mismo periodo del año previo (2018). Estándar: > 20%.
- Indicador 3: Efecto sobre estancia media en planta de Neonatología. Estándar: <7 días.

DURACIÓN

- Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores (fecha fin: junio 2019)
- Elaboración del listado de verificación (fecha fin: junio 2019).
- Puesta en marcha del Programa (julio - diciembre 2019).

OBSERVACIONES

No

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 - 2019/1422

1. TÍTULO

MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DEL CARRO DE PARADA

Fecha de entrada: 17/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GAITE VILLAGRA ANTONIO
GIMENO LAGUARDIA NURIA
MUÑO LIDON SARA
GARCIA AJA BEATRIZ
PEREZ CANO NURIA
SORIANO GRANEL REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 CURSOS DIRIGIDOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL EN OCTUBRE 2020
SESION PRESENTACIÓN DE PROTOCOLO UNIFICADO CARRO DE PARADAS Y PCR EN PEDIATRIA JUNIO 2020
UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN CARRO DE PARADAS Y PCR EN PEDIATRIA
SESIONES DE FORMACIÓN EN UNIDAD DE CCEE HMI JUNIO 2020
ENCUESTAS PRE Y POST FORMACIÓN A LO LARGO DE 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TOTALIDAD DE PERSONAL NUEVO FORMADO EN LA UNIDAD
VALORACION POSITIVA DE ENCUESTAS POSTFORMACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERIA
95% CONOCEDORA DE ORGANIZACIÓN DE CARRO DE PARADAS
83% CONOCEDORA DE INICIO DE MANIOBRAS RCP
98% CONOCEDORA CIRCUITO DE PCR HI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año dada la situación epidemiológica ha habido que cambiar la formación intraturno a grupos muy reducidos con una persona formadora y a veces dada la situación ha costado más llevarlo a cabo, reorganizar esta situación es necesario para el 2021.
Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI en siguientes ediciones del curso de formación porque considero que son muy útiles entre el personal dada las infraestructuras del servicio de Pediatría
Seguir manteniendo la formación en gestión de carro de parada, contenido y organización dentro de la unidad para mantener la totalidad del personal formado, y los cursos de formación a nivel del servicio de Pediatría.
Revisión del protocolo de PCR en Pediatría por el personal de enfermería correspondiente en 2022 o con incorporación de recomendaciones previas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1422 ===== ***

Nº de registro: 1422

Título
PROYECTO DE MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Autores:
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GAITE VILLAGRA ANTONIO, GIMENO LAGUARDIA NURIA, MUÑO LIDON SARA, GARCIA AJA BEATRIZ, PEREZ CANO NURIA, SORIANO GRANEL REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DEL CARRO DE PARADA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.

Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.

Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada, no existe un orden de revisión sistemática por parte del servicio de manera que actualmente sólo se realiza por 2 personas.

Existe una demanda explícita por otros profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.

Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que queremos llevar a cabo van a dirigidos tanto a población adulta como a población pediátrica susceptible de sufrir PCR.

OBJETIVOS Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS

- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización
- Estrategias de optimización:
- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA Y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

MÉTODO

Intervenciones realizadas:

- Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a dos TCAE para el conocimiento de todo los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.
- Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal
- Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA
- Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada)

INDICADORES

INDICADORES

Dos encuestas de 10 preguntas tipo test pre y post formación

ESTANDAR

90% plantilla de trabajo es conocedora De la organización básica del carro parada

80% plantilla tiene claro como iniciar RCP BASICA

100% plantilla conoce circuito HI PCR

DURACIÓN

Inicio del proyecto mayo 2019 y paso de la primera encuesta pre formación.

Primera evaluación noviembre 2019, con la plantilla ya formada y entrenada.

Evaluación de la totalidad del personal en marzo 2020.

Valoración de nuevo ciclo formativo, o revisión sistemática según indicadores en marzo de 2020.

OBSERVACIONES

Actualmente solicitado DEA en plan de necesidades

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 - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO. PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO "A"

Fecha de entrada: 22/12/2020

2. RESPONSABLE ANA TERESA YUBERO MORALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
BADESA PEÑA ANA ISABEL
MARZO MOLES PILAR
RODRIGUEZ GRANDE ROSA MARIA
SAGARDOY MUNIESA LORENA MARIA
VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CHARLAS FORMATIVAS DIRIGIDAS AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN Y CALENDARIZADAS DEL SIGUIENTE MODO:

ENERO. PRESENTACIÓN DEL MANUAL Y FORMACIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.

FEBRERO: REALIZACIÓN ENCUESTA SATISFACCIÓN AL PERSONAL QUE RECIBIÓ LA FORMACIÓN.

JUNIO: PRESENTACIÓN DEL MANUAL Y FORMACIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.

SEPTIEMBRE: REALIZACIÓN ENCUESTA SATISFACCIÓN AL PERSONAL QUE RECIBIÓ LA FORMACIÓN.

DICIEMBRE: FIN DEL PROYECTO Y PRESENTACIÓN MEMORIA FINAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE UN MANUAL DE ACOGIDA EXPLICANDO EL CIRCUITO DE QUIRÓFANO, TRÁNSITO DEL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE, ASÍ COMO LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA, ENFERMERA CIRCULANTE Y ENFERMERA DE ANESTESIA. (REALIZADO DURANTE LA PRIMERA PARTE DEL PROYECTO, INCLUIDO EN LA PRIMERA MEMORIA). RESULTADO ALCANZADO 100%.

ENTREGA DEL MANUAL AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN, TANTO PERSONAL FIJO COMO EVENTUAL. RESULTADO ALCANZADO 100%.

CALENDARIZACIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS. OBJETIVO ALCANZADO 100%.

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN. OBJETIVO ALCANZADO 89,47%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN DEL EQUIPO ES POSITIVA, EN EL SENTIDO QUE NOS HA PERMITIDO PLASMAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO A REALIZAR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. A SU VEZ FACILITA A LOS COMPAÑEROS DE NUEVA INCORPORACIÓN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN ESTE SERVICIO.

PENSAMOS QUE EL PROYECTO TIENE SOSTENIBILIDAD Y PROYECCIÓN PARA SEGUIR REALIZÁNDOSE DE FORMA CONTINUADA.

PROYECTO ACOGIDO DE MANERA SATISFATORIA POR EL PERSONAL NUEVO EN EL BLOQUE YA QUE HA FAVORECIDO QUE DESARROLLARAN SUS FUNCIONES CON MAYOR EFICACIA Y UN MENOR TIEMPO DE ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO.

7. OBSERVACIONES.
DEBIDO A LA ACTUAL SITUACIÓN SANITARIA HEMOS TENIDO QUE ADAPTAR LA FORMA Y MEDIOS DE LA REALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN.
CREEMOS QUE EN AÑOS FUTUROS SE REALIZARÁ DE FORMA MAS SENCILLA, TANTO PARA LOS FORMADORES COMO PARA EL PERSONAL QUE LO RECIBE.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1080 ===== ***

Nº de registro: 1080

Título
INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO: PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO. PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO "A"

BLOQUE QUIRURGICO A

Autores:
YUBERO MORALES ANA, AGUAVIVA BEATRIZ, BADESA ANA, RODRIGUEZ ROSA, SAGARDOY LORENA, VALENTIN FRANCOS ALBERTO, MARZO MOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización. Sin embargo, cuando hablamos además de seguridad del paciente quirúrgico, ambos conceptos se interrelacionan directamente.

En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio con poca trayectoria profesional y en otros casos con amplia trayectoria como enfermeros, pero sin formación ni experiencia en quirófano.

Esto despierta estrés, ansiedad y desánimo en el personal de nueva incorporación y sobrecarga entre los diferentes profesionales que integran el equipo asistencial y velan por la seguridad del paciente quirúrgico.

El bloque quirúrgico es una de las áreas asistenciales en las que el profesional además de tener unas habilidades y competencias determinadas, debe de desarrollar una serie de procedimientos y técnicas muy específicos de los que tiene que ser conocedor y que son básicos y fundamentales para poder desarrollar su trabajo.

La falta de éstos provoca que la incorporación al servicio sea dificultosa, frustrante y desmotivadora cosa que conlleva una curva de aprendizaje muy lenta y atenta contra la seguridad del paciente.

Contar con un manual de acogida complementado con sesiones prácticas para las enfermeras que se incorporan a nuestro servicio siguiendo los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro, va a contribuir de manera favorable a mejorar,

- el nivel competencial,
- la integración en el equipo
- la satisfacción laboral del personal
- la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo
- la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización
- la calidad asistencial en términos de seguridad del paciente quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en el el bloque quirúrgico, pastilla A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
- - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
- - Conocer el procedimiento de acogida del paciente al bloque quirúrgico
- - Aprender a montar y mantener un campo estéril y seguro para el paciente y los profesionales
- - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componentes del equipo quirúrgico
- - Conocer las funciones de la enfermera de anestesia, enfermera circulante y enfermera instrumentista.
- - Conocer los diferentes tipos de anestesia, fármacos más utilizados, materiales necesarios y recursos de los que se dispone en el bloque quirúrgico así como posibles complicaciones.
- - Conocer los aparatos básicos utilizados en quirófano, así como su mantenimiento.
- - Aprender a realizar un traslado del paciente desde la mesa del quirófano hacia la unidad del despertar/ REA/ Uci

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO. PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO "A"

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, pastilla A.
- Calendarizar sesiones prácticas en las fases de mayor contratación de personal.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES

- Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
 - Manual realizado- SI
- Entrega del manual de acogida -
 - El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
- Calendarización de la sesiones prácticas.

El 90% de las sesiones calendarizadas en relación a los periodos de mayor contratación de personal.

- Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Febrero 2019
- Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
 - 1º/2 º semestre 2019
- Calendarización de las sesiones a impartir.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
 - 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿COMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
GALLARDO LOBO RODRIGO
BARRERA ROJAS MIGUEL
OLORIZ SANJUAN TERESA
LEACHE PUEYO JAIME
MAESTRO PEÑA PILAR
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Abril - Junio de 2019 : Reuniones con los miembros del proyecto, comentando las necesidades de revisar y actualizar los documentos de seguridad elaborados, ya que han sido de gran utilidad, y nos han permitido manejar de forma correcta los pacientes con DI de forma segura frente a RM.

Julio - Agosto 2019: Elaboración y actualización de la documentación por parte de cada uno de los responsables: Todos los miembros del grupo han realizado de forma correcta y minuciosa la revisión de sus dispositivos, siendo el resultado muy satisfactorio

Septiembre- noviembre 2019: Revisión por el responsable del proyecto de la documentación y entrega dicha documentación a la Unidad de Transformación, Innovación y Calidad (UTIC), para la elaboración de GUIAS que puedan consultarse desde Intranet.

- Se incorporan nuevos dispositivos, con un manejo específico (Neuroestimuladores: Anexo 1, con un manejo independiente).

- Se revisa la hoja de interconsulta, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo a la hora de precisar un estudio RM estando apto su diseño y comprobada su utilidad. Se añade la casilla de fecha de envío y devolución

- Se envía la documentación a la Unidad UTIC.

- Año 2020: El proceso está en marcha, a la espera de la puesta en marcha de la historia electrónica y la petición electrónica de radiología.

Se han realizado actualizaciones (ORL ha actualizado el manejo de los pacientes con implantes), y nos mantenemos sin incidencias graves. Somos modelo a seguir para otros hospitales y este año se amplía el proyecto a otros Hospitales de la Comunidad Autónoma mediante un proyecto de la SAR (Sociedad Aragonesa de Radiología), con participación de los hospitales del área I y III de Zaragoza, Calatayud, Huesca y Teruel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido fluidez de comunicación con los responsables de los dispositivos.

Se ha conseguido transmitir seguridad tanto al paciente, como al personal técnico y enfermería que realiza la prueba, con certeza de que el estudio es seguro.

Se ha conseguido la realización de estudios, antes desestimados, garantizando la la seguridad para el paciente y el dispositivo, y consiguiendo un diagnóstico más certero con la técnica más apropiada siempre que ha sido posible.

Hemos disminuido el número de pruebas fallidas y de huecos perdidos gracias a este proyecto que nos ha permitido una buena forma de gestionar estos estudios con anterioridad, consultar de forma adecuada con el responsable del dispositivo y programar el estudio en las condiciones adecuadas, con revisión antes y después del estudio en los casos que se precisa.

El personal técnico y enfermería también se siente cada vez más familiarizado con estos dispositivos, y más seguro en su manejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es posible una comunicación interdisciplinar fluida, y realizar estudios que en otros centros se desestiman, dando al paciente portador de algún tipo de dispositivo (hecho cada vez más frecuente), la posibilidad de hacer la técnica de imagen más indicada para ofrecerle un diagnóstico certero, garantizando la seguridad tanto para él como para su dispositivo.

La velocidad con la que aparecen nuevos dispositivos e indicaciones de estudios RM en estos pacientes, nos obliga a una actualización constante en el manejo de los mismos, con individualización del manejo de cada dispositivo y la actualización de los mismos (la última actualización realizada en diciembre por ORL, enviada a la UCA para actualizarla en intranet hoy mismo día 23).

7. OBSERVACIONES.

Ha habido una gran aceptación del proyecto a nivel de otros servicios de Radiodiagnóstico de la comunidad, que se han mostrado su interés en establecer un manejo de estos pacientes, tomando como modelo el nuestro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿COMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, GALLARDO LOBO RODRIGO, BARRERA ROJAS MIGUEL, OLORIZ SANJUAN TERESA, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, LEACHE PUEYO JAIME, MAESTRO PEÑA PILAR

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: Toda patología, enfermedad o situación que precise de una Resonancia Magnética para su diagnóstico, control o valoración
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia de recursos y seguridad para el paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Antes del 2017 la tendencia era no realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes con dispositivos implantables (DI) como marcapasos, desfibriladores, implantes cocleares, bombas de infusión intratecal, neuroestimuladores... por el riesgo asociado al someter estos dispositivos a un campo magnético intenso y radiofrecuencia. Sin embargo, en 2017 formamos un equipo multidisciplinar integrado por Facultativos Especialistas de Cardiología, Neurocirugía, Anestesia, Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico, y un miembro de enfermería de Radiodiagnóstico, para la realización de estudios de RM con seguridad. Nos proponemos ampliar el alcance del proyecto al médico peticionario, para evitar el retraso diagnóstico en estos pacientes, a los que se suma el ya existente de la lista de espera. Si es el propio médico peticionario el que realiza la interconsulta se pueden evitar estos retrasos diagnósticos y mejorar la seguridad y atención del paciente con DI.

RESULTADOS ESPERADOS

Hacer posible que todos los Facultativos del Hospital, puedan acceder a la información de seguridad de los DI para hacer correctamente la solicitud de RM. Dicha información se elaborará por los facultativos responsables de los dispositivos, y se podrá visualizar en la Intranet del Hospital desde cualquier consulta. El médico peticionario podrá realizar la interconsulta con el facultativo responsable del dispositivo, gracias al formulario de interconsulta que estará disponible en HPDoctor y en Intranet. De esta forma, se podrá realizar un diagnóstico adecuado en pacientes con DI (cada vez más frecuentes), Y agilizar el estudio de los mismos, gracias a la nueva gestión por parte del médico peticionario, evitando retrasos diagnósticos y garantizando su seguridad.

MÉTODO

Los facultativos responsables del dispositivo se reunirán con las casas comerciales, que indicarán las condiciones de seguridad en las que se podrá realizar el estudio, elaborando una lista que incluya los dispositivos más habituales implantados en el hospital. Se elaborarán documentos explicativos donde conste si el dispositivo es Seguro - Condicional o Incompatible con RM, y la forma de actuar en cada caso. Dichos documentos se pondrán al alcance de los médicos peticionarios para su consulta desde Intranet. También constará la forma de contactar con el médico responsable del dispositivo para aclarar cualquier duda.

INDICADORES

Controlaremos el número de solicitudes de RM citadas, que dispongan de la hoja de interconsulta enviada por el médico peticionario. El indicador lo mediremos con la proporción de solicitudes con formulario del solicitante / total de estudios con dispositivos realizados. Actualmente en la mayoría de los casos la hoja de interconsulta se realiza desde el Servicio de Radiodiagnóstico, pero no tenemos tasas de referencia. Valorar la satisfacción por parte del paciente, y la presencia /ausencia de preocupación que pueda generarse ante esta situación mediante encuestas de satisfacción. Actualización anual de la seguridad de los dispositivos ya controlados e incluir los nuevos. Se comprobará que la documentación tiene fecha de revisión en la Intranet.

DURACIÓN

Abril - Junio 2019

Reuniones con las casas comerciales de los principales DI empleados en cada una de las especialidades de Cardiología, Otorrinolaringología, Anestesia y Neurocirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿COMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Junio- Octubre 2019

Elaboración de los documentos actualizados acerca de seguridad de los DI.

Hoja de interconsulta consensuada, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo.

Encuesta de Satisfacción para conocer cómo viven los pacientes el proceso.

Septiembre- Diciembre 2019

Poner a disposición de los Facultativos del Hospital la documentación elaborada y alojada en la Intranet del Hospital.

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:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE TRINIDAD PIQUER GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
ESTEBAN ESCOLANO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primer semestre

Durante los meses de marzo y abril de 2019, los supervisores de las cuatro unidades del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet: UCI Coronarias, UCI Post-operatorio Cardiaco, UCI Polivalente y UCI Traumatología y Grandes Quemados, se reunieron para el diseño de un plan de formación de las competencias enfermeras y del personal TCAE, necesarias para el cuidado del paciente crítico.

Se identificaron:

· Contenidos formativos: Qué conocimientos teóricos y prácticos se deberían impartir para adquirir las capacidades suficientes para el cuidado del paciente crítico, una vez detectadas las necesidades de formación.

Para enfermeras:

? Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.

? Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:

- a. Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
- b. Electrocardiografía básica y RCP básica
- c. Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
- d. Manejo de fármacos de utilización compleja.
- e. Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post- operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
- f. Manejo avanzado de los procesos informáticos de la UCI.

Para TCAE:

- a. Montaje de BOX en UCI.
- b. Funciones propia del personal TCAE en UCI:
 - Higiene y movilización del paciente crítico.
 - Limpieza y desinfección de material en UCI.
 - Montaje y limpieza de aparataje habitual en UCI.
 - Técnicas de almacenaje y reposición de material en UCI: Sistema Kanban.
- Población destinataria: Personal de enfermería (enfermeras y TCAE), de nueva incorporación en UCI.
- Cronograma: Se determinó en qué período del año se producen más incorporaciones de plantilla nueva para su organizar su asistencia a las actividades formativas.

Principalmente los periodos vacacionales, en junio y diciembre, junto con otros periodos de incorporación de personal por traslados, procesos selectivos...

· Duración: Qué duración máxima deberían tener las sesiones. Teniendo en cuenta la turnicidad de todo el personal, formadores y alumnos, se decidió una duración de tres horas.

· Jornada: Qué horario sería el más adecuado teniendo en cuenta las características de la plantilla: turnos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

rotatorios.

Las sesiones serían en horario de mañanas: 11,30-14,30 horas

· Docentes: enfermeras y TCAEs, con experiencia asistencial y docente en UCI, que estuvieran dispuesta a participar en el programa de formación.

· Lugar de las sesiones: El aula del Servicio de Medicina Intensiva del HUMS, que dispone de medios audiovisuales y que por su ubicación en el mismo servicio, facilitaría el trasporte del aparataje necesario para la formación: Carro de RCP, sistemas de soporte respiratorio, monitorización...

· Difusión de la oferta formativa al personal de nueva incorporación: Los supervisores de enfermería de cada unidad, serían los encargados de transmitir la información pertinente, mediante carteles en la unidad, telefónicamente o vía email. Así mismo, se intentaría dentro de lo posible, adaptar los turnos de trabajo para facilitar el acceso a dichas sesiones.

En el mes de mayo de 2019, una vez seleccionados los docentes, la responsable de la línea de mejora realizó una reunión con dicho personal para consensuar y detallar los contenidos de cada una de las sesiones.

Una vez organizadas las sesiones, para evaluar el desarrollo del plan y los resultados de las acciones de formación, se elaboró la Encuesta de Satisfacción con el programa de acogida realizado en el Servicio de Medicina Intensiva, dirigida a los profesionales de nueva incorporación.

La Encuesta de Satisfacción consta de cinco preguntas:

- 4 preguntas cerradas, cuya valoración oscila entre 1, poco adecuada y 5, muy adecuada.

- 1 pregunta abierta, para darnos sugerencias sobre actividades formativas relacionadas con los cuidados de enfermería en UCI que les gustaría realizar,

Con esta encuesta se pretende medir el grado de adecuación entre objetivos y resultados formativos.

Segundo semestre

En el mes de Junio- Diciembre de 2019, se realizaron dos programas formativos coincidiendo con la contratación de personal para la cobertura de vacaciones y débitos horarios del personal de todas las unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El porcentaje de enfermeras que realizaron las sesiones formativas fue del 83%.

- El periodo formativo del personal TCAE, se realizó solamente en junio, el porcentaje de asistencia bajo a un 63%.

Los resultados de las encuestas, reflejan un alto grado de satisfacción con la formación recibida:

1. En cuanto a la valoración sobre las Sesiones de Enfermería del proceso de acogida al personal de nueva incorporación:

Un 94% le parecía muy adecuada (Puntuación:5), al 5,6% restante, su respuesta fue adecuada (Puntuación :4).

2. Respecto a la segunda pregunta: ¿los conocimientos adquiridos durante las diferentes sesiones serán útiles para tu desarrollo profesional?

Un 92% opinaba muy adecuada (Puntuación: 5), el 8% restante su respuesta fue adecuada (Puntuación: 4).

3. A la pregunta: ¿Consideras adecuada la duración de la actividad formativa?

Un 65% opinaba muy adecuada(Puntuación:5), al 35% restante opinaba que era adecuada(Puntuación :4).

4. En cuanto a la valoración sobre la capacidad de los docentes para transmitir los conocimientos : el 99% dieron la puntuación máxima.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación continuada pretende ayudar a desarrollar las competencias profesionales para llevar a término de forma eficaz las funciones propias del puesto de trabajo contribuyendo, de esta manera, a conseguir los objetivos organizativos y estratégicos, así como la mejora en el servicio de atención al paciente.

La formación continuada en las UCI no debe ser una opción personal, sino un objetivo para todo el personal de estos servicios. Para ello sería necesaria la existencia de un responsable de formación en UCI con experiencia asistencial y con un bagaje práctico en las metodologías actuales de formación y entrenamiento enfermero.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Autores:
PIQUER GOMEZ TRINIDAD, VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN, ESTEBAN ESCOLANO SARA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA COMPETENCIAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de los planes de acogida, las necesidades de formación se deben de llevar a cabo con un método liderado por los responsables de formación pero basado en la detección de las dificultades y /o problemas que los responsables asistenciales, junto con sus equipos profesionales detectan en sus servicios / unidades y que son prioritarios para mejorar o solucionar esas necesidades formativas.
La enfermería de cuidados intensivos desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante, caracterizado por la aparición de nuevas tecnologías asistenciales que modifican profundamente sus puestos de trabajo, la formación en los diferentes cuidados, procedimiento habituales y de nueva implantación va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
•Proporcionar a los nuevos profesionales de enfermería de cuidados intensivos la formación necesaria para desarrollar sus funciones en el cuidado del paciente crítico.
•Proporcionar información sobre el manejo de las tecnologías necesarias para cuidado y tratamiento del paciente crítico
•Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse a las unidades de intensivos facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO
• Elaboración de un curso de formación para el personal de nueva incorporación en las Unidades de Cuidados Intensivos.
• Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.
• Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:
? Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
? Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
? Manejo de fármacos de utilización compleja.
? Manejo avanzado informática adecuada a la UCI
? Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
? Electrocardiografía básica y RCP básica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

INDICADORES

1. Elaboración del programa de acogida para el personal de nueva incorporación.
2. Información de la oferta formativa al personal de nueva incorporación:
 - El 90% de los profesionales realiza el programa de acogida.
3. Nº de sesiones realizadas.
 - El 50%. Para este año se realizan el programa de acogida para el personal del enfermería que se incorpore antes del periodo vacacional.
4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con el programa de acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Marzo 2019
2. Identificación de las áreas a trabajar en el programa de acogida.
 - 1º semestre 2019
3. Definición de un formato estándar para la acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
 - 1º semestre 2019
4. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en las unidades de cuidados intensivos
 - Se valorará tras la realización del programa de acogida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE SILVIA GARCES HORNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MANERO SOLANAS MARTA
MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA
PES LAGUNA MARIA MAR
SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN
POVAR MARCO JAVIER
SIERRA MARIN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de un registro de personal tutorizado (durante todo el proyecto 2020).
Comunicación constante y fluida con las Supervisoras de la Unidad, como fuente de información de nuevos contratos y como figura de soporte y coordinación del programa durante todo el proyecto (durante todo el proyecto 2020).
Entrevista con enfermera de nueva incorporación para conocer su experiencia previa, el conocimiento sobre el aparataje de la unidad y los instrumentos de soporte informático para su manejo en la misma durante todo el proyecto (durante todo el proyecto 2020) .
Recepción del personal novel y acompañamiento.
Creación de un check-list como garantía de comunicación entre tutor y tutorizado. Entrega de "Vademecum", guía de bienvenida de la unidad de urgencias y los manuales creados para el novel a su llegada.
Acceso a una herramienta online privada para el personal tutorizado con actualizaciones sobre procedimientos de enfermería e infografías sobre elementos para el manejo en los protocolos de la unidad.
Realización de sesiones sobre necesidades detectadas durante todo el proyecto.
Sesiones sobre actualización en el manejo del paciente covid, sesiones multidisciplinarias, realizadas por médico de urgencias, técnico de riesgos laborales y tutora del servicio en junio de 2020.
Sesiones informativas en colaboración con el servicio de hematología sobre el manejo de la transfusión en urgencias, en junio de 2020.
Sesiones formativas sobre algoritmo de paraca cardiaca, desfibriladores y ventilación mecánica no invasiva para el personal de nueva incorporación, en julio de 2020.
Procedimiento multidisciplinar y colaborativo sobre manejo de la ventilación mecánica no invasiva en Covid, septiembre de 2020.
Sesiones informativas sobre realización de la prueba rápida de antígeno en octubre de 2020.
Sesiones informativas multidisciplinarias sobre actualización código ictus, junto con médico de urgencias y neurólogo del hospital, diciembre de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores: A 28/12/2020.

1- N° de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS y que han entrado en el programa de tutorización: Este programa de tutorización ha reflejado una efectividad del 96,8%, incluyendo a 62 de enfermeras de nueva incorporación durante su pilotaje, las dos enfermeras citadas se incorporaron al servicio en periodo previo al pilotaje y se reincorporaron de nuevo en los meses de octubre y noviembre. Estándar: > 80%. En el análisis de experiencia previa en el servicio, un 82,5% no tenía experiencia previa en el servicio.
En el programa han sido incluidos también los cuatro contratos de auxilio del servicio de urgencias en diciembre de 2020, pero no se hace referencia estadística de los mismos en este informe.

2- N° de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" que están protocolizadas: Actualmente existen 6 protocolizadas. A 28 de diciembre de 2020, una técnica está en evaluación por la comisión de cuidados del HUMS, para su protocolización, y el procedimiento de ventilación mecánica no invasiva trabajado de forma multidisciplinar y consensuado con los servicios de neumología, uci y preventiva. Estándar: 10% más que el año anterior hasta llegar al 100%

3- N° de enfermeras que han entrado en el programa y que han sido recibidas por el tutor en el primer día de trabajo / N° de enfermeras que han entrado en el programa en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS: El indicador de accesibilidad, enfermeras que son recibidas por la tutora en su primer día de contrato, obtuvo un porcentaje del 85,9% (n: 55). Estándar: > 60%.

4- N° de reclamaciones recibidas del SIAU relacionadas con la atención enfermera de la Unidad de Cuidados de Urgencias/ N° de reclamaciones recibidas del SIAU en el Servicio de Urgencias del HUMS. Estándar: 10% menos que el año anterior. A la espera de disponer de información sobre estos datos.

5- N° de enfermeras principiantes (nivel 1) que en 45 días alcanzan el nivel de competentes (nivel 3) / N° de enfermeras principiantes (nivel 1) con contrato superior a 45 días.
Los criterios de inclusión del cuestionario post, incluyen un mínimo de 45 días de contrato, para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

evaluar si existen cambios significativos.

Un total de 30 enfermeras cumplen ese criterio y se les ha enviado el cuestionario post. Con un índice de respuesta del 90%. Se objetiva un progreso en la autoevaluación de los enfermeros que han formado parte del programa de tutorización. Demostrándose haber aumentado su nivel competencial. Fuente: Tutora. Método obtención: Cuestionario autoevaluación.

Datos relevantes:

De las 62 enfermeras contratadas que acceden al programa de tutorización entre mayo y diciembre de 2020, 26 tuvieron un contrato inferior o igual a 15 días, con 13 contratos del 1 al 15 de junio y otros 13 contratos del 16 al 30 de junio. Estas 26 enfermeras fueron recibidas por la tutora, y se realizó la sesión de manejo de gestor informático PCH y dinámicas de trabajo de la unidad, pero por el breve período del contrato no fueron incluidas para la realización de los cuestionarios pre- post.

Un total de 36 enfermeras, recibieron el cuestionario de habilidades y competencias de la enfermera de urgencias basado en la metodología de Benner y de auto- cumplimentación. Con un índice de respuesta del 97,2% a su llegada al servicio.

En la habilidad de triar, hay que indicar que no es una función que realice el personal novel, ya que se requiere de un diploma acreditativo de triaje y de una experiencia mínima de un año en el servicio para acceder a él. De manera que hemos excluido el análisis estadístico del triaje.

Del mismo modo indicar, que, por el área de traumatología de urgencias, las rotaciones del personal se reducen a los días con acompañamiento de experto, ya que la función de la enfermera en la ubicación de traumatología incluye la inmovilización con yeso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el periodo de pandemia que hemos vivido, la figura del tutor ha adquirido más relevancia de la esperada. Su papel docente, integrador, innovador y difusor ha resultado esencial para aumentar la seguridad del paciente en tiempos tan hostiles. Además ha potenciado la seguridad de los profesionales en su trabajo diario, mediante la formación continua a través de nuevas tecnologías.

Considerar en el desarrollo del proyecto que la habilidad de retriar no es valorable en enfermeras noveles, dado que NO tienen la experiencia necesaria para cumplir esta actividad.

Durante la pandemia ha resultado prácticamente imposible la formación presencial. Como oportunidad el desarrollo de nuevo métodos de formación apoyados por las nuevas tecnologías.

Para llevar a cabo el proyecto es necesario como recurso humano, dotar al servicio de un tutor, profesional cualificado y referente del servicio.

Es totalmente extrapolable a cualquier unidad de cuidados de enfermería que requiera unos cuidados específicos y de alta tecnificación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1199 ===== ***

Nº de registro: 1199

Título
PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
GARCES HORNA SILVIA, MANERO SOLANAS MARTA, LOPEZ IBORT NIEVES, LORENTE CASAUS TERESA, PES LAGUNA MARIA MAR, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alta tecnificación de los cuidados, la complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de obtener resultados basados en la eficiencia, los cambios en la sociedad..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

llevan a desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados, a mejorar la salud y seguridad de los usuarios y a fortalecer la contribución enfermera, pues la práctica enfermera es mucho más que realizar las tareas.

El periodo de transición que requiere el paso del rol de universitario a profesional de la enfermería, precisa la guía de otros para aprender a aplicar los conocimientos teóricos a las experiencias clínicas de la vida real. Las enfermeras noveles tienen su formación, pero también es reconocida su falta de consolidación de experiencia práctica en el cuidado de pacientes, por ello el cuidado de pacientes complejos, el ambiente hospitalario de alta tecnología... es un gran desafío para ellas. La aplicación a la práctica no solo abarca nuevas habilidades y técnicas clínicas, sino que también incluye hacer frente a problemas de relaciones con los pacientes y sus familias, estructuras organizacionales y trabajo en equipo. Los directivos sanitarios deben ser conscientes de estas brechas entre las habilidades y los conocimientos adquiridos en la facultad y los ganados a través de la experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados de enfermería de urgencias a través de la creación de la figura del tutor.

MÉTODO

Un programa de mentoría/tutoría es un proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, así como la integración en la unidad o institución de referencia. El mentor/tutor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y asesorar al mentorizado/tutorizado en su desempeño profesional². Así, es el responsable de ayudar al novel a ganar confianza y motivación a través del conocimiento y la reflexión, proporcionándole ayuda para una óptima organización, así como las destrezas necesarias de resolución de problemas, de pensamiento crítico y de toma de decisiones aplicables a su entorno laboral específico de cuidar a los pacientes en situación crítica. También puede ser el responsable de emitir material educativo apropiado para este personal.

Durante este periodo de tutoría, las enfermeras desarrollarán habilidades técnicas, de relaciones interpersonales y de comunicación. También aclararán sus conceptos erróneos lo cual facilitará la práctica segura. De esta forma, el novel pasará a ser competente, y en un futuro inmediato, desarrollará la totalidad de sus funciones demostrando su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y potencialmente estresantes.

Como resultado de la tutoría, el personal se siente más valorado y empoderado en sus roles. Un personal de enfermería que se siente valorado y capacitado estará más dedicado a la organización y tendrá orgullo personal y sentido de pertenencia en su trabajo, desarrollo profesional, y promoción profesional. Más personal cualificado resulta en una práctica de enfermería más competente y segura, y este precisamente es el resultado que busca el programa de tutoría.

INDICADORES

Indicadores

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS y que han entrado en el programa de tutorización /

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 80%

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" que están protocolizadas /

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" de la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: 10% más que el año anterior hasta llegar al 100%

Nº de enfermeras que han entrado en el programa y que han sido recibidas por el tutor en el primer día de trabajo /

Nº de enfermeras que han entrado en el programa en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 60%

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU relacionadas con la atención enfermera de la Unidad de Cuidados de Urgencias /

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU en el Servicio de Urgencias del HUMS

Estándar: 10% menos que el año anterior

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) que en dos meses alcanzan el nivel de competentes (nivel 3) /

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) con contrato superior a dos meses

Estándar: > 80%

DURACIÓN

CRONOGRAMA

Presentación propuesta y estudio pre en abril

Selección tutor y comienzo programa en mayo

Corte de indicadores junio y diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

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 - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 24/12/2020

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESPILEZ ORTIZ RAQUEL
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES
CORBATON GOMOLLON DAVID
RODRIGUEZ VALLE ANA
RELLO VARAS LUIS
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de la pandemia COVID-19 la agenda GUROAG, se ha mantenido abierta con una periodicidad mensual salvo en el mes de agosto. Habiéndose atendido 104 pacientes a lo largo de 2020.
Se han realizado reuniones trimestrales de trabajo de 2 horas de duración para análisis de disfuncionalidades asistenciales, evaluación de casos singulares, actualización ante novedades publicadas.
Con fecha 11/03/2020 la Comisión Central de Gestión Clínica y Calidad Asistencial, Sector Zaragoza II, aprobó el Grupo de Trabajo Interdisciplinar ASGECAP (Asesoramiento Genético en Cáncer de Próstata).
Se presentó una Comunicación de la experiencia a las XVIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, actualmente post-puestas.
Se ha defendido una Comunicación oral con la experiencia en el 1º Congreso Nacional Virtual de Urología.
Se ha participado en múltiples foros virtuales, presentando la experiencia ASGECAP con gran aceptación y reconocimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un artículo de revisión de la experiencia, aceptado y publicado ya en su versión on-line el 13 de octubre de 2020 (<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2020.08.009>), con gran aceptación por la comunidad científica nacional y requerimientos internacionales de su versión inglesa, ya redactada y revisada, que estará disponible en las próximas semanas.
Hasta el momento se han realizado 88 análisis tendentes a identificar un patrón de cáncer hereditario en los sujetos evaluados. En 75 de ellos el estudio está concluido habiéndose hallado: un 58,7% resultado 'no informativo', en un 30,7% se ha detectado una 'variante de significado incierto', y en el 10,7% hemos encontrado una 'variante patogénica' (3 mutación BRCA2, 2 CHECK2, 2 MUTYH y 1 HOXB13). Resultados acordes con la literatura.
Los indicadores de demora desde la indicación de estudio a la obtención de resultados definitivos, han sido: Alta prioridad, pacientes metastásicos o en vigilancia activa (50,7%). Demora de 1,7 meses (rango: 0,4-4,7 m); Prioridad intermedia, resto de pacientes con cáncer de próstata (16%). Demora de 1,5 meses (rango: 0,4-3,0 m); Prioridad baja, familiares de riesgo (33,3%). Demora de 3,1 meses (rango: 0,6-9,1 m.). Los estándares perseguidos eran 60 días en alta prioridad, 90 días en intermedia, y 6 meses en prioridad baja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos logrado diseñar un protocolo asistencial de Asesoramiento Genético en Cáncer de Próstata que define a quién investigar, qué panel genético estudiar, cómo informar de acuerdo a los resultados obtenidos, y establecer la logística para su implementación eficiente en la desbordante actividad asistencial de nuestro sector.
El modelo se ha consolidado en 2020 y sólo la pandemia COVID ha impedido su crecimiento para beneficio de un mayor número de pacientes como tenemos previsto.
Surge en estos momentos ya la oportunidad de generar conocimiento, investigación, a partir de esta experiencia de éxito. En este sentido ya tenemos definidas áreas de investigación y análisis, estando pendientes aspectos de consentimiento informado y evaluación por Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón para su puesta en marcha.
Nuestro modelo es perfectamente implementable en centros con Unidad de Genética, como así hemos pretendido difundir en múltiples foros a lo largo del presente año.
La visibilidad dentro de nuestra Comunidad a través del programa Focuss (IACS) es algo que hemos desestimado ante las limitaciones de presencialidad impuestas por la pandemia COVID-19.

7. OBSERVACIONES.

Dentro de todos los aspectos satisfactorios de este proyecto, creo que merece destacarse:
- La satisfacción de haber sido capaces de diseñarlo, desarrollarlo e implementarlo,
- El beneficio del que ya disfrutaban nuestros pacientes,
- La visibilidad que le hemos dado y el reconocimiento nacional hasta ahora obtenido por su carácter pionero,
- Pero más aún, el excelente clima de entendimiento y enriquecimiento profesional y personal que hemos logrado entre todos los implicados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1490

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

===== ***

Nº de registro: 1490

Título
IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES, CORBATON GOMOLLON DAVID, RODRIGUEZ VALLE ANA, RELLO VARAS LUIS, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de próstata (CaP) es uno de los tumores más heredables con un 57% de variación del riesgo de padecerlo vinculado a factores genéticos. Una historia familiar de CaP se asocia a un aumento del 68% de riesgo de CaP y un 72% de CaP letal. Una historia familiar de cáncer de mama supone un aumento del riesgo de CaP en un 21% y de CaP letal del 34%. De un modo más concreto, el CaP tiene una predisposición hereditaria con especial riesgo asociado a BRCA2 y BRCA1 (asociados al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario; CMOH) y a HOXB13 (asociado al cáncer de próstata hereditario; CaPH); así como a mutaciones de genes implicados en los mecanismos de reparación del DNA (en relación al Síndrome de Lynch; SL). Mutaciones hereditarias principalmente en BRCA1, BRCA2 y ATM se han descubierto en hasta un 12% del CaP metastásico, con implicaciones clínicas y terapéuticas. La identificación de mutaciones en CaP hereditario tiene consecuencias en pacientes y familias y comienzan a surgir estrategias individualizadas de cribado en varones con BRCA1 y BRCA2, por aumento de riesgo de CaP más precoz y mayor mortalidad. Estas realidades hacen que pacientes de mayor riesgo genético de CaP agresivo deban ser desaconsejados para estrategias de tratamiento conservador que puedan hacer peligrar su pronóstico oncológico no percibido por factores clínicos habituales. Ante toda esta realidad surge a nuestro juicio la necesidad de implementar el "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" para pacientes de CaP y familiares en riesgo de padecerlo, u otros tumores relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar la población candidata a asesoramiento genético vinculado a CaP.
 - Varones afectados de CaP que puedan beneficiarse de un asesoramiento genético que guíe su manejo y decisiones terapéuticas.
 - Familiares de varones afectados de CaP en los que quepa esperar un mayor riesgo de padecer CaPH.
- Determinar qué asesoramiento genético individualizado ofrecer a los varones que se identifican con mayor riesgo de padecer CaP.
 - Proceda esta identificación de varones a riesgo de estudios familiares directamente vinculados a CaPH, o procedentes de otros síndromes familiares como CMOH, SL u otros.
- Derivado de lo anterior promover estudio familiar si se identifica riesgo genético de cáncer hereditario.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" (AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica
- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II": Indicaciones de estudio, flujo de pacientes, panel genético a evaluar, información a transmitir según hallazgos.
- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética.

INDICADORES

- Protocolo de actuación: Consenso del grupo de trabajo en 6 meses (mínimo 1 mes, máximo 9 meses). No hay ningún protocolo estandarizado, ni aún sugerido hasta el momento en la bibliografía internacional.
- Apertura de agenda GUROAG para selección de pacientes: apertura antes de 3 meses (mín. 1 m.- máx. 5 m.); 1 día al mes, (mín. 1 d./2 m.- máx. 2 d./m.).
- Realización de informes tras estudio genético: a) Alta Prioridad, pacientes en vigilancia activa o tumores avanzados: informe en 30 d. (mín. 15 d.- máx. 60 d.); b) Prioridad Intermedia, resto de pacientes con CaP: informe en 90 d. (mín. 45 d.- máx. 6 m.); c) Baja Prioridad, familiares de pacientes: informe en 6 m. (mín. 3 m.- máx. 9 m.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

DURACIÓN

- Diseño del protocolo de consenso: Ene.-Jun. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Apertura agenda de consultas de Urología: Ene.-Mar. 2019. Dres. Borque-Espílez-Corbatón-Gil Sanz.
- Diseño de base de datos para análisis de pacientes: Ene.-Mar. 2019. Dres. Corbatón-Borque.
- Actualización del protocolo: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de flujo asistencial y sobrecarga. Rediseño y optimización: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de primeros resultados asistenciales y científicos: Ene.-Jun. 2020. Todo el grupo.
- Externalización del protocolo. Propuesta Focuss-IACS: Ene.-Dic. 2020. Todo el grupo.

OBSERVACIONES

Aunque el Asesoramiento Genético en CaP es de interés creciente en la actualidad, no existe un proyecto definido en nuestro país en este sentido. El nuestro sería la primera iniciativa debidamente articulada en este sentido.

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 :

*** ===== **