

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

Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019

Número de memorias: 9 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:07:28 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2019_1140	S2	21/12/2020	ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2019_1319	F	22/12/2020	DERMAP/DERMATOAP
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2019_1322	F	13/01/2021	PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR ENFERMERIA	MORALES ROZAS ANA BELEN	2019_1307	S2	21/12/2020	EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO Y ANTIPSICOTICOS
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2019_1136	S2	28/12/2020	COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	TARI GARCIA ANTONIO	2019_1310	S2	05/01/2021	PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME ALONSO V	MARTIN GRACIA ANDRES	2019_0943	S2	21/12/2020	PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP N° SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	JIMENEZ BERNADO ALFREDO	2019_0049	S2	28/12/2020	CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y CENTRALIZADO EN ARAGON DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) CANDIDATOS A CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (COP)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2019_1339	F	06/01/2021	PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

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

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 21/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
PAMPLONA FONDEVILA SUSANA
BOSQUE MARTINEZ MARIA CARMEN
RODRIGUEZ BENITO LYDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LA ATENCION EN EL PROPIO DOMICILIO SE CORTO A RAIZ DE LA DECLARACION DEL ESTADO DE ALARMA EN MARZO DE 2019 HASTA ENTONCES SE HABIAN REALIZADO 9 VISITAS A DOMICILIO, SE CONTINUO LA ATENCION PRESENCIAL EN CSM DELICIAS Y EL APOYO A DOMICILIO ATRAVES DEL TELEFONO E INTERVENCIONES CON OTROS RECURSOS .
Nº DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA / Nº DE PACIENTES DERIVADOS AL PROGRAMA. 26/26.
PACIENTES CON OBJETIVOS CUMPLIDOS/ PACIENTES DERIVADOS 24/26
PACIENTES INCLUIDO EN EL PROGRAMA/ TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA 1ª INTERVENCION 26/ 7 DIAS.
INTERVENCIONES EN EL ENTORNO DEL PACIENTE, CON TUTELAS, CMS SOCIALES, CARITAS, DEPENDENCIA, SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO ETC.DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA 132

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A pesar de la situación social, o debido a ella el programa de atención a domicilio, a tomado una importancia superior a la prevista, suponiendo un importante apoyo para los pacientes y los resultados son muy satisfactorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA IMPORTANCIA DE QUE LA ATENCION EN DOMICILIO CON TODO LO QUE CONLLEVA ES MUY ENRIQUECEDORA TANTO PARA LOS PROFESIONALES COMO PARA LOS PACIENTES QUE SE SIENTEN MENOS AISLADOS Y CONECTADOS A LA SOCIEDAD.

7. OBSERVACIONES.
LA SITUACION DE PANDEMIA, Y EL ESTADO DE ALARMA HA CONDICIONADO EN GRAN MANERA LA FORMA DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.

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

Nº de registro: 1140

Título
ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

condiciones adecuadas mantenidas en el tiempo). Además permite observar el manejo del paciente y/o familia en su entorno habitual.

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

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS ESPERADOS:

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

LA POBLACION DIANA:

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

INTERVENCIONES:

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

MÉTODO

Para llevar a cabo las intervenciones anteriormente citadas se requieren de los siguientes RECURSOS:

Recursos humanos: Enfermera especialista en Salud Mental, Trabajadora Social, Psiquiatra, EIR, MIR.

Recursos materiales: Bonobus, teléfono, etc.

ACTIVIDADES:

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

CAPTACIÓN:

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

INDICADORES

INDICADORES:

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

Número de pacientes con objetivos cumplidos / Número de pacientes evaluados

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

CRONOGRAMA:

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

1ª fase: inclusión en el programa.

2ª fase: desde la primera fase hasta la valoración en domicilio no transcurrirá más de un mes.

3ª fase: contactar con el paciente, gestionar cita,

4ª fase: realización de las actividades del programa.

5ª fase: análisis de datos, evaluación.

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

1. TÍTULO

ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

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

1. TÍTULO

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES ATENDIDOS EN EL CSM DELICIAS

DURACIÓN
ENERO 2019-DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

Fecha de entrada: 22/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

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

B. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

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

C. FORMACIÓN

1. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP centralizada: se ofertaron 20 plazas de formación de las cuales completaron el curso 14 profesionales de diversos EAPs.
2. Formación en Dermatología y en Dermatoscopia organizada por la DAP en los EAPs: Entre finales de 2018 y 2019 se han llevado a cabo diferentes jornadas formativas en varios centros de salud (Delicias Sur, Valdefierro, Tarazona, Tauste, Épila, Alagón, Cariñena). Con todo ello se ha alcanzado a formar a un total de 73 profesionales.
3. A lo largo de 2020 se han tenido que suspender varias sesiones formativas planteadas debido a la situación planteada por la pandemia.
4. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte de los profesionales de los EAP.

D. OFERTA DE SERVICIOS

- ? Han sido adquiridos 7 dermatoscopios con incorporación de cámara y se ha instaurado de forma coordinada con la Dirección de Gestión y con Atención Especializada un circuito de derivación intracentro a una consulta específica de dermatología AP donde en algunos casos se efectuaba la captura de la imagen para visionado y valoración de las imágenes obtenidas por parte de un profesional de Dermatología.
- ? Se ha iniciado el procedimiento de compra de otros 6 dermatoscopios con cámara que, pese a que se esperaban para 2020 llegarán finalmente en 2021.
- ? El circuito de TeleDermatología se instauró en julio 2019 entre el servicio de Dermatología y los Centros de Salud de Delicias Sur, Tarazona, Épila, Alagón, Cariñena, La Almunia y Universitas y de Tauste en 2020 y desde entonces se han llevado a cabo 277 actos de dermatoscopia con captura de imagen y derivación para valoración de la imagen obtenida por Dermatología.
- ? Se han extendido las consultas de Cirugía Menor a 21 (de los 22 centros del Sector) y se han creado 8 consultas de dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En relación al objetivo fundamental del proyecto, disminuir la incertidumbre diagnóstica y la variabilidad en el manejo de las lesiones cutáneas en AP, consideramos que mediante el esfuerzo formativo llevado a cabo, así como con la implantación de la Dermatoscopia y la Tele-Dermatología en aquellos EAP en los que ha sido

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

posible instaurarla, se ha conseguido un avance cuya envergadura es prematuro evaluar.

2. Sí hemos sido capaces de mejorar la relación e interconsulta entre AP y Dermatología, como así hemos podido constatar en reuniones mantenidas tanto con los Coordinadores de los EAPs como con la Jefatura de Servicio de Dermatología. En informe emitido en fecha 20 de febrero de 2020 por parte de dicha Jefatura se hace constar "una franca disminución en los tiempos de abordaje de lesiones clínicamente sospechosas de malignidad al ser valoradas en menos de 1 semana y poder ser remitidas de forma preferente a nuestro Servicio. Por otro lado, se han desestimado un volumen importante de derivaciones de patología benigna que no precisaban ser atendidas por especialista y que pueden ser manejadas por Atención Primaria".

3. El número de equipos con dotación de dermatoscopio es de 9: Alagón, Cariñena, Delicias Sur, Épila, La Almunia, Tarazona y Universitas son tele-dermatoscopios y Valdefierro y Tauste son dermatoscopios. Esto supone el 40,9% de los Centros, alcanzando así el estándar propuesto en el indicador.

4. Existen 21 consultas monográficas de Cirugía Menor y 8 de Dermatoscopia, lo que supone superar el objetivo de 14 consultas monográficas de Cirugía Menor/dermatoscopia/dermatología.

5. Se ha obtenido mediante encuesta un grado de satisfacción con el programa de 9,35 expresado por el 70% de los participantes.

6. Se han derivado un total de 277 lesiones mediante tele/dermatoscopia para valoración por Dermatología (fuente HCE).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese a que la situación derivada por la pandemia ha obligado a replantear las sesiones formativas a lo largo de 2020 y ha modificado sustancialmente la estructura de las consultas en Atención Primaria y Especializada, las conclusiones son:

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1319

Título
DERMAP / DERMATOAP

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

DERMAP/DERMATOAP

macroscópica y la histológica microscópica.

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

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

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

Objetivos secundarios:

Mejorar la relación e interconsulta entre Ap y dermatología

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

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

INDICADORES

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

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/01/2021

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL MANUEL
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El desarrollo de este proyecto ha resultado ser muy complejo:
Se inició en el año 2018, antes de la redacción de este proyecto.

1.- Reuniones de direccion:

Se han mantenido varios encuentros con la Dirección del HCU con el fin de constituir una unidades del Paciente Crónico Complejo (UPCC) de forma que similar a las existentes en otros sectores (Alcañiz, Huesca, Teruel, Barbastro, APZII y APZI). El objetivo de la misma hubiera sido simplificar el circuito para estos pacientes, (Objetivo específico nº 2) pero no se ha conseguido la puesta en marcha de la misma.

2.- Reuniones con los EAPs:

2018:

2018, 2 sesiones formativas en salón actos HCU para coordinadores EAP /enf (48 +48+10) 5/julio 2018, que incluye trabajadores sociales
- 4 diciembre 2018. aquí se añaden trabajadores sociales

2019:

-Formación en EAP Ejea el 25/1/2019 a la que acude gerencia e Interna, 28 personas.

-20 febrero Curso OMI PCC por parte de Carmen Chaverri 22 personas

-23 de febrero: reunión con Medicina Interna para preparar sesiones (sólo se hicieron finalmente en DS y Universitas debido al mal clima creado)

-12 marzo: Delicias Sur con Interna 30 personas

-30 abril Delicias Norte 25 personas

-7 mayo Universitas 20 personas

- 16 mayo Sesión a coordinadores EAP/enf trabajadores sociales en salón Avempace 50 personas

- En reuniones de firma de Acuerdo de Gestión con coordinadores de EAP y de enfermería, se abordó nuevamente la forma de trabajar el PCC:

27 mayo Cariñena y Sos, 4 personas

28 mayo Casetas, Delicias Norte, Épila, Sádaba, Utebo, María de Huerva, La Almunia, 14 personas

29 mayo DS, Tarazona, Herrera, Oliver, Gallur, Bombarda. 10 personas

30 mayo Alagón, Valdefierro, Borja 6 personas

31 mayo Miralbueno, Tauste, Universitas, Ejea 8 personas

12 noviembre se hizo una acogida a las nuevas enfermeras, de forma centralizada en parque Goya, formándoseles en PCC 15 personas

2020:

26/2/20 Se realizó sesión formativa en la que participó Carmen Chaverri y Mabel Cano a la que asistieron los Coordinadores EAP y de enfermería en sala del servicio provincial de Salud Pública 44 personas

3. Remisión de listados

Se ha remitido a la totalidad de los profesionales el listado sus pacientes incluidos en PCC. Creemos que estos listados son una importante herramienta para la gestión de los pacientes.

4.-Material generado.

Presentación en PowerPoint: PCC en OMI AP, que ha sido difundida a la totalidad de los profesionales sanitarios de nuestro sector.

Listados de pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-Tenemos dificultades para la obtención de indicadores cuantitativos relativos a pacientes.

2.- Número de sesiones 15 sesiones.

3. Número de asistentes: 382 asistencias a sesiones relativas a PCC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

La inexistencia de una unidad PCC en nuestro sector ha sido un factor negativo y desincentivador para nuestros profesionales.

Aunque los indicadores de inclusión en PCC son malos, el resultado de atención en urgencias a este grupo de pacientes es similar a los EAPs de los sectores con mejores indicadores de inclusión tienen, lo que nos lleva a pensar que:

- Nuestros profesionales realizan actuaciones de intervención sobre estos pacientes, pero existe un déficit de registro de estas actuaciones.
- ó que los resultados en salud son independientes de la inclusión en el PCC

Dadas las circunstancias del 2020, no se ha podido evaluar estas hipótesis, y creemos que no va a ser posible hacerlo en el 2021.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1322

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar y detectar lo antes posible la descompensación de la situación clínica del paciente o de la situación familiar.
El equipo de atención primaria realizará el seguimiento de estos pacientes de forma programada y/o a demanda, ante comunicaciones del paciente/cuidador por posibles cambios en los signos o síntomas guías.
Objetivos generales:

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

Objetivos específicos::

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

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN ATENCION PRIMARIA

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

MÉTODO

Realizar sesiones para abordar las patologías y sus descompensaciones.
Establecer circuitos dentro del equipo para la atención del PCC.
Información/formación a los pacientes: plan de acogida y circuito.
Información/Formación a los cuidadores.
Pacientes en soledad.

INDICADORES

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

DURACIÓN

Formación de los profesionales responsables: primer semestre 2019
Inclusión de los pacientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/12/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN MORALES ROZAS
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
SANCHEZ LAZARO CARMEN
PAMPLONA FONDEVILLA SUSANA
SEVA FERNANDEZ ANTONIO
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
PINTIEL ARRUEGO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El programa ya estaba diseñado y la hoja excel creada se ha llevado a cabo la implementación el registro y el seguimiento, recogiendo los datos de la historia clinica del propio centro y de la historia electrónica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores han sido los siguientes:

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

Indicador 1=78/85

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

indicador 2=110/123

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados han sido muy satisfactorios entre otros motivos porque a pesar de las restricciones de movilidad a partir de marzo en contexto de la pandemia, desde la consulta de enfermería se ha estado realizando una atención presencial por la gravedad de los pacientes a los que se sigue en dicha consulta.
A diferencia del año anterior, hay menos pacientes que hayan cumplido con el indicador, relacionado con el cierre puntual de algún centro de AP donde debían hacerse la analítica, por la saturación de los mismo, por el riesgo para pacientes inmunodeprimidos o incluso el miedo a acudir a un centro sanitario.
Debido a todo esto consideramos de suma importancia mantener el proyecto, ya que en las peores circunstancias se ha demostrado su eficacia para la detección precoz de cualquier alteración bioquímica, efecto secundario, descompensación psicopatológica entre otras.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1307

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

1. ACTUACIÓN: Detección precoz de alteraciones metabólicas secundarias al tratamiento con estabilizadores.
2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: Devolución de la información y trabajo coordinado desde el equipo de Salud Mental con Atención Primaria, el Servicio de Nefrología o Medicina Interna si fuera preciso.
Para el diseño del programa de seguimiento y evaluación de la salud física en TMG el CSM Delicias cuenta con un protocolo estandarizado de actuación en el que se realizan las siguientes actividades:
Analítica sanguínea completa antes de iniciar tratamiento con estabilizador
Control quincenal al inicio y tras modificación de dosis
Trimestral o semestral de los niveles del fármaco dependiendo de las características del paciente.
Control anual con analítica general (midiendo función renal, hepática, tiroidea según el estabilizador del que se trate además de indicadores metabólicos), ECG (en pacientes en tratamiento con litio), Ecografía de tiroides.
Control de constantes de forma trimestral (T.A, peso, Perímetro abdominal..)

1. DISEÑO DE PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SALUD FÍSICA EN TMG.
o DESDE USM: D.U.E.: ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, EN COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL EQUIPO DE USM Y C.S. de A.P.

o CAPTACION DE LOS PACIENTE:
? PRIMERAS VISITAS.
? REVISIONES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN SEGUIMIENTO DESDE USM Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
2. Para futuras líneas de intervención DISEÑO DE PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE estilos de vida para DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE SALUD FISICA

INDICADORES

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

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN

Iniciado ya proceso de captación y evaluación

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE MARTINEZ CARMEN MARIA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
RODRIGUEZ BENITO LYDIA
ROLANDO URBIZU RAQUEL MACARENA
VILLAS PEREZ EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La situación de pandemia ha impedido la realización de determinadas actividades que teníamos programadas para el año 2020 como la visita a los CAP de Delicias Sur, Oliver, La Almunia y Épila correspondientes a nuestro Sector. Pero esta situación ha potenciado si cabe todavía más la interconsulta telefónica con el resto de los profesionales de Atención Primaria. En especial en determinados pacientes mejorando con ello la accesibilidad a nuestras consultas.

Cabe destacar las consultas presenciales realizadas a la gran mayoría de los pacientes nuevos en los momentos críticos de la pandemia, salvo raras excepciones con reducción de la lista de espera al final del verano.

Por otro lado, se ha realizado revisión de pacientes con trastorno mental grave con los distintos profesionales de Atención Primaria con un abordaje más integral del paciente dada la gran vulnerabilidad de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El número de pacientes derivados desde el 1 de enero al 15 de diciembre de 2020 al Centro de Salud Mental de Delicias desde Atención Primaria ha sido un total de 1023, incluyendo a los que habían sido derivados a psicología. Frente a los 956 del año pasado

2. El número de pacientes a los que se les ha dado cita o están pendientes de la misma entre esos mismos meses es 983

3. La evolución de las derivaciones de los pacientes citados o pendientes de cita ha sido la siguiente:

Enero 119
Febrero 114
Marzo 46
Abril 23
Mayo 49
Junio 80
Julio 95
Agosto 72
Septiembre 249
Octubre 58
Noviembre 82
Hasta el 15 de diciembre 36.

4. Por tanto el 96,08 % de los pacientes que han sido derivados han sido citados en nuestra Unidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hecho de que hayamos pasado de un 82,3% en 2019 a un 96% en 2020 (pacientes citados en nuestro Servicio frente a los derivados) indica que la información trasladada en su momento a los Centros de Salud de Atención Primaria fue la adecuada. Bien es verdad que en este año tan difícil sobre todo para la Atención Primaria han podido influir otra serie de factores a la hora de la consecución de estos resultados.

En 2021 nos enfrentamos a un año complicado, con un probable aumento de la patología mental lo que supondrá un nuevo reto para nuestras consultas donde debemos seguir potenciando la colaboración con los equipos de Atención Primaria y mejorando los cauces de comunicación

7. OBSERVACIONES.

He mandado dos memorias, una el día 21 de diciembre y ésta otra hoy día 28. Dado que no he recibido respuesta de recepción de la primera, esta segunda es la válida

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

1. TÍTULO

COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

Nº de registro: 1136

Título
COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

1. TÍTULO

COORDINACION DE SALUD MENTAL CON EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 05/01/2021

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARCO ISABEL
GIMENEZ NAVARRO ROSA
JUAN GONZALVO NATIVIDAD
PERZ PASCUAL MANUEL
PEÑA JUAN ISABEL
MARIN BERGES MARTA
RUIZ GARROS MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño de un Plan individualizado de tratamiento que abarque intervención multidisciplinar en todas las necesidades detectadas.

Mantener la vinculación a los dispositivos de rehabilitación.

Mantener la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.

Mantener coordinación con los recursos sociales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mantenimiento de la autonomía en el área residencial. La totalidad de pacientes incluidos en el Programa mantienen su autonomía personal

- N.º de reingresos en UME y ULE de pacientes previamente ingresados: De los pacientes del programa no ha reingresado ninguno de la totalidad en UME y ULE.

- Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención. Reevaluación del 100% de los usuarios al año del establecimiento del Programa con el cuestionario CAU (Versión española del "Patient Attitude Questionnaire")

- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente. Establecida con el cuestionario de Habilidades Básicas de la vida diaria. Bels. Reevaluación del 100% de los usuarios al año del establecimiento del Programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de Programas de atención domiciliaria en los dispositivos de Centro de Día son instrumentos eficaces para garantizar una vida autónoma de los pacientes con TMG en sus domicilios y evitan los ingresos en dispositivos sanitarios de larga duración o residenciales.

Los cuestionarios utilizados se muestran como útiles a la hora de cuantificar la evolución de los pacientes y sirven de orientación para las intervenciones clínicas a realizar con los usuarios en el apoyo domiciliario. Aparece como como área pendiente de investigar para garantizar una mejor calidad de la asistencia, el clima de convivencia en aquellos domicilios donde conviven más de un usuario.

7. OBSERVACIONES.

El Programa incluido en el contrato de gestión unifica dos programas de calidad que se habían presentado diferenciadamente, con poblaciones diana diferentes entre los usuarios del Centro de Día y de los dispositivos

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

Nº de registro: 1310

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO DE DIA ROMAREDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

POBLACIÓN DIANA

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

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

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

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

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

Seguimiento y supervisión de pacientes ya integrados en pisos.

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.

Los bloques de intervenciones propuestos son:

1. Habilidades de autocuidado

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

3. Elaboración y cuidado activo de la salud.

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

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

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

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

MÉTODO

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

El programa incluirá:

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

INDICADORES

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

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

1. TÍTULO

PROGRAMA DE APOYO DOMICILIARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

DURACIÓN

El programa se ha diseñado para el periodo del contrato de gestión actual 2019. La continuidad con los pacientes incorporados durante este año en el Programa se garantizará el tiempo necesario.
Evaluación de necesidades de asistencia domiciliaria de los pacientes atendidos en los Programas de rehabilitación de los dispositivos comunitarios de Rehabilitación del Sector III (Centro de Día Romareda y C. Ocupacional Delicias. Mes de abril 2019).
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Recogida de datos de los indicadores a utilizar para su evaluación (Finales de abril 2019)
Incorporación de los pacientes al Programa a partir de mayo del 2019
Nueva evaluación de indicadores en el mes de diciembre del 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR 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 - 2019/0943

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOÑI NAVARRO ANA
MOLLA ROIG PAULA
CAMPO CAMPO ANABEL
VIDALLER ESCUDERO OLGA
GONZALVO CORTES CARMEN
HERAS ALONSO NOELIA
JORCANO PEREA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

10 SESIONES SEMANALES DEL 13 OCTUBRE AL 17 DE DICIEMBRE DE 2020
HAN PARTICIPADO ENFERMERÍA, TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL Y PSIQUIATRÍA
BASADO EN PROGRAMA PROENFA MODIFICADO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HAN REALIZADO EL 100% DE LAS SESIONES PLANIFICADAS
DEBIDO AL PROTOCOLO COVID-19 PARA VISITAS DE FAMILIARES A NUESTRO CENTRO Y LA IMPOSIBILIDAD DE REUNIR GRUPOS DE FAMILIAS QUE ENTRAN Y SALEN DEL CENTRO SE HA DIRIGIDO EL GRUPO DE PSICOEDUCACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRO CENTRO
LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO HA SIDO DEL 75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ESPERAMOS QUE EL AÑO PRÓXIMO CON LA MEJORÍA DE LA PANDEMIA COVID-19 PODAMOS VOLVER A RECIBIR A LAS FAMILIAS EN EL CENTRO Y REAIZAR EL GRUPO CON LAS FAMILIAS DE PACIENTES

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0943

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION FAMILIAR PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR EL PRONOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CRP Nº SRA DEL PILAR DE ZARAGOZA

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREGO ESTELLA VICENTE
GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
GONZALEZ MORAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria del SALUD evaluó el proyecto y la Consejería aprobó en 2019 la actualización de la Cartera de Servicios del propio SALUD en el seno del Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para incorporar la Técnica de Cirugía Citorreductora y Peritonectomías asociada a quimioterapia intraperitoneal (técnica de Sugarbaker). Dicha autorización iba asociada a una auditoría interna por parte SALUD, tras la realización de los primeros 25 casos o tras cumplir un año de la puesta en marcha del programa, obteniendo el compromiso por su parte de certificar la consecución de los objetivos y criterios de calidad planteados en el proyecto para poder optar a la centralización de Aragón en nuestro hospital de los pacientes esta patología. Dada la excepcionalidad vivida con la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) hemos considerado más oportuno esperar hasta finalizar junio de 2020 para presentar esta memoria y obtener una fotografía más realista tras intervenir a nuestros primeros 29 pacientes con carcinomatosis peritoneal.

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza fue reconocido en 2019 como miembro del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal-GECOP.

Los pacientes con CP son atendidos en distintas zonas dentro de nuestro hospital según el momento, por ello se hace indispensable la integración de una Gestora de Casos que es una enfermera estomaterapeuta que trabaja en estrecha colaboración con los médicos y el resto del equipo aportando su amplia experiencia en el manejo de pacientes oncológicos.

Se ha constituido un Flujograma que a día de hoy es el que siguen todos los pacientes con el esquema general del Proceso de COP.

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

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

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

Se ha desarrollado un Plan de cuidados de enfermería.

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

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

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

Durante estos meses el grupo de carcinomatosis peritoneal ha conseguido seguir una serie de pautas plasmadas en siete procedimientos diferentes consensuados por la Unidad de Calidad. Estos procedimientos están accesibles a través de la intranet de nuestro centro hospitalario.

1. Todos los casos son revisados por el Comité Multidisciplinar de COP
2. Una vez conocido el paciente por parte del médico responsable, es presentado en el Comité Multidisciplinar

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

1. TÍTULO

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

de COP con una demora media inferior a 7 días naturales.

3. Tras la presentación del caso en el Comité de COP, el Coordinador asigna un facultativo quirúrgico responsable del paciente.
4. Una vez aceptado el paciente para COP, es citado en las consultas ambulatorias del facultativo responsable con una demora media inferior a 10 días naturales.
5. Si el Comité Multidisciplinar decide que el paciente tiene indicación de COP, el paciente es citado de forma presencial a la consulta de Cirugía General o Ginecología, dependiendo del tipo de tumor primario. Dicho facultativo junto con el Gestor de Casos, comprueban que al paciente se le realiza el estudio preoperatorio protocolizado para COP, ya sea del Sector III u otro diferente.
6. El estudio general que deben tener todos los pacientes para su evaluación en el Comité de COP incluye obligatoriamente un TC Tórax-abdomen-pelvis con contraste oral e intravenoso y un PET-TC si sospecha de diseminación extraperitoneal. En la medida de lo posible el informe radiológico valora el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI). Se realiza una colonoscopia a todos los pacientes subsidiarios de COP, salvo en los casos de CP por Pseudomixoma peritoneal.
7. Para facilitar la correcta derivación se ha elaborado un documento con los criterios específicos de derivación que se debe adjuntar y cumplimentar.
8. Para evitar molestias al paciente y su familia, el/la Gestor/a de Casos junto con el facultativo responsable, supervisan que las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrinología (nutrición) y Ostomías (si procede), coincidan en el mismo día.
9. La Gestora de Casos informa al paciente sobre el procedimiento, la preparación previa a la intervención y le plantea la existencia de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática (apoyo psicológico). De forma coordinada con el facultativo quirúrgico responsable, también se le informa de los diferentes recursos que ofrecen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) (pisos de acogida, etc.) para su logística y la de su familia antes y después de la cirugía.
10. En la consulta presencial del facultativo quirúrgico responsable el paciente es informado de la cirugía, firma el Consentimiento para la Intervención correspondiente a su patología y entra en la Lista de Espera Quirúrgica. Una vez incluido el paciente en la lista de espera quirúrgica para COP, es intervenido con una demora media (días naturales) inferior a 30 días naturales.
11. Acto seguido, es remitido a la consulta de Anestesia prequirúrgica para realizar la Prehabilitación y a la consulta de Endocrinología (nutrición).
12. Los pacientes susceptibles de ostomía, son valorados por la enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia.
13. Haya sido sometido o no a laparoscopia previa, tras la valoración en la consulta de Endocrinología y Anestesia, el facultativo quirúrgico asignado por el Coordinador repasa la historia clínica del paciente y confirma la intervención quirúrgica.
14. Posteriormente, dado que se trata de un tratamiento muy específico, se avisa a la Subdirección Médica para que consensuar la fecha de la intervención, aunque desde hace algunos meses el programa cuenta de manera independiente al resto del Servicio de Cirugía con una sesión quirúrgica cada 15 días.
15. Una vez establecida la fecha se informa mediante mail y llamada telefónica interna al Servicio de Farmacia de las características clínicas del paciente y de la fecha de intervención. El mismo día de la intervención se envía a primera hora de la mañana la orden de prescripción.
16. El ingreso hospitalario se realiza por el Servicio de Admisión (planta baja) y en las camas asignadas al Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (2ª planta, habitaciones 218 a 234), independientemente del origen del tumor y a ser posible en habitación individual.
17. Tras el ingreso en la planta de hospitalización, se realiza por la enfermera responsable la apertura de un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP.
18. Todos los pacientes son sometidos antes de la intervención a preparación del colon, profilaxis tromboembólica y profilaxis antibiótica según el protocolo existente en nuestro servicio. La enfermera encargada de la Unidad de Estomaterapia realiza el marcaje de la ostomía durante el ingreso.
19. La cirugía programada se lleva a cabo en un quirófano específico.
20. El personal interviniente (Enfermeros/as, auxiliares y celadores), lleva a cabo toda la preparación protocolaria del quirófano: preparación de la medicación, sistemas de protección (suelos, guantes, batas, mascarillas, etc.), control de la temperatura antes, durante y después de la intervención quirúrgica y preparación del paciente (medias de compresión, protección de puntos de apoyo, manta calor/frío, etc.).
21. Las enfermeras adscritas al quirófano de COP, cumplimentan junto con el anestesista y cirujano responsable del caso el documento correspondiente al "Check-List", aprobado en nuestro hospital desde hace.
22. Intervención quirúrgica: citorreducción tumoral (pelviperitonectomías según Técnica de Sugarbaker) asociada QT bidireccional (intravenosa y HIPEC) en casos seleccionados. Realizamos una cirugía con carácter radical (citorreducción quirúrgica mediante las técnicas de peritonectomías pertinentes) en todos los casos.
23. En los casos seleccionados, la quimioterapia intravenosa intraoperatoria se administra según las pautas establecidas por el oncólogo responsable del caso. Se realiza QT bidireccional intravenosa intraoperatoria asociada a la HIPEC en los casos seleccionados por el Comité Multidisciplinar de COP.
24. En los casos seleccionados, la HIPEC, se aplica la técnica de Coliseum previa toma de medidas especificadas por la Unidad de Riesgos Laborales.
25. Tras la cirugía el cirujano principal cumplimenta un protocolo quirúrgico estandarizado, la hoja para el estudio anatomopatológico y los impresos del estudio bioquímico/microbiológico de las muestras realizadas.
26. Postoperatorio inmediato (UCI).
27. Al alta de la UCI, el paciente ha vuelto a una de las camas asignadas dentro del Servicio de Cirugía General (2ª planta).
28. La enfermera responsable abre un plan de cuidados de enfermería en el paciente con COP programada en la planta de hospitalización.

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

1. TÍTULO

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

29. En casos seleccionados, el Área de Psiquiatría Psicosomática para pacientes oncológicos, ha desarrollado un programa individualizado de apoyo psicológico para el paciente y familia.
30. Alta hospitalaria (informe del facultativo quirúrgico responsable, enfermera responsable y estomaterapeuta si procede).
31. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica con una demora máxima de 10 días.
32. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el día 4 de febrero de 2019 que fue el primer día que comenzamos a discutir los primeros pacientes en el Comité de Tumores de COP, se han presentado un total de 70 pacientes. La localización del tumor primario causante de la CP fue: 28 casos de adenocarcinoma de colon, 22 casos de ovario primario (todos estirpe epitelial-serosa), 11 casos de apéndice cecal, dos casos de adenocarcinoma de páncreas, un tumor desmoide, un caso peritoneal primario, otro caso de adenocarcinoma gástrico, un caso de GIST gástrico, un caso de proceso linfoproliferativo, un caso de strumosis peritoneal y un caso en el que la carcinomatosis peritoneal no llegó a filiarse. Dentro del grupo de pacientes a los que se les indicó realizar en el Comité de Tumores cirugía radical Citorreductora-CRS (29 pacientes), 11 fueron hombres (37.9%) y 18 (62.1%) mujeres. La media de edad en este grupo fue de 60.9±9.7 años. De ellos, 9 (31%) presentaban un riesgo ASA II, 19 (65.6%) riesgo ASA III y 1 paciente (3.4%) un riesgo ASA IV.

Respecto a las pruebas de imagen, el TAC tóraco-abdomino-pélvico fue el gold estándar al realizarse en el 100% de los pacientes con CRS, el PET complementó a la TAC en el 37.9% de ellos (11 pacientes) y la laparoscopia en 6 (20.1%).

Respecto a la localización y estirpe tumoral del grupo de 29 CRS: 11 casos de adenocarcinoma de colon (37.9%), 6 casos de ovario primario seroso (20.7%), 4 casos de recurrencia ovárica (13.8%), 6 casos de apéndice cecal (20.7%) 2 de ellos adenocarcinoma convencional y cuatro mucinosos, un peritoneal primario (3.4%), y un caso de sarcomatosis peritoneal (recidiva de un GIST gástrico) (3.4%).

La QT neoadyuvante utilizada (19 pacientes, 65.5%) se basó en Oxaliplatino y anticuerpos monoclonales seleccionados en función del estado mutacional K-ras para los casos de adenocarcinoma de colon y apéndice y basada en Carboplatino y Taxol en los casos de adenocarcinoma seroso de ovario.

El Índice de Carcinomatosis Peritoneal (PCI) fue de 10.7±6.4 y el número de procedimientos de 4.6±1.7. En 25 casos de los 29 con CRS (86.2%) hubo que asociar algún tipo de procedimiento asociado: resección intestinal (84%), hepática (12%) y de otros tipos (esplenectomía, suprarenalectomía, exanteriorización pélvica completa o posterior modificada, eventroplastia, radiofrecuencia de mesos, resección de diafragma, etc.) en más de la mitad de la serie.

De los 29 pacientes con CRS, 13 casos al ser de origen colo-rectal y según nuestra política de actuación, llevaron quimioterapia bidireccional intraoperatoria combinando la QT intravenosa con la HIPEC. Se realizó quimiohipertermia intraoperatoria (HIPEC) según técnica de Coliseum abierta y basada en Oxaliplatino en los casos que se consideró oportuno a criterio del equipo quirúrgico (9 pacientes, 69.2% de las HIPEC) pero siempre en pacientes con adenocarcinoma de colon o de origen apendicular. La duración en todos los casos fue de 30 minutos respetando el protocolo excepto en un caso que por problemas técnicos de la máquina de perfusión se mantuvo 15 minutos. 3 casos llevaron Mitomicina-C 60 minutos (23.1% de las HIPEC) y un caso Irinotecan 30 minutos (7.7% de las HIPEC).

La duración media de la CRS fue de 415.1±136.2 minutos y en un caso (7.7%) se transfundieron hemoderivados a los pacientes en el mismo acto quirúrgico.

El grado de citorreducción fue completo (CC-0) en el 96.5% de los casos.

Respecto a los resultados a corto plazo (morbimortalidad postoperatoria a 90 días), dos pacientes (6.9%) fallecieron (Clavien Dindo V) como consecuencia de una perforación vesical y otra intestinal, 8 (27.6%) sufrieron complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV) y 19 (65.5%) presentaron una evolución favorable sin complicaciones significativas. De los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato en esta cohorte, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 18.4±11.3 días. 4 de los pacientes no fallecidos (14.8%) reingresaron en los primeros 90 días tras la CRS, todos con complicaciones menores Clavien-Dindo I-II.

Respecto a los resultados a largo plazo, de los pacientes que no fallecieron en el postoperatorio inmediato, dos recurrieron (7.4%, una paciente con origen ovárico y otro de colon). El paciente con recurrencia de colon falleció (3.7%) por progresión de la enfermedad a nivel abdominal y torácico. La media de seguimiento ha sido de 6.2±4.5 meses. El 97.3% de los pacientes están vivos y el 92.6% libres de enfermedad. No obstante, estos últimos resultados hay que tomarlos con cierta cautela dado el corto seguimiento de los pacientes a día de hoy.

Debido a los desajustes que la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha provocado en la gestión de la lista de espera y en la programación quirúrgica de los pacientes con CP, hemos de reseñar que los resultados de los indicadores expuestos a continuación son los obtenidos en los 19 pacientes intervenidos hasta el mes de marzo de 2020 incluido.

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

El criterio consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía, se desarrollarán el mismo día se cumplió en el 70% de los casos. El estándar en este aspecto es que el 85% de los pacientes

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

1. TÍTULO

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

tienen que tener las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día. N° de pacientes que no tienen las consultas de Cirugía General o Ginecología, Anestesia, Endocrino y Ostomía el mismo día/N° total de pacientes con confirmación de COP X 100.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados se pueden comparar favorablemente con los datos aportados en los documentos de referencia nacionales de los miembros del GECOP y del Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI).

En líneas generales, en nuestra unidad de COP se cumplieron los estándares de calidad actuales en base a los resultados a corto plazo (morbilidad y mortalidad del postoperatorio inmediato a 90 días según la clasificación de Clavien-Dindo) y a la calidad de la cirugía realizada (Grado de citorreducción completo sin enfermedad residual-CC0). Respecto a la estancia media hospitalaria y el porcentaje de reingresos de la serie no exceden a los publicados en la bibliografía actual si bien, estas cifras, son mejorables.

Según nuestros resultados, en los pacientes seleccionados por el comité de COP para realizar una cirugía citorreductora radical (CRS) asociada en algunos casos a la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) y a quimioterapia intravenosa peroperatoria, ha sido una técnica factible y segura.

En cuanto a los resultados a largo plazo (supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad), debemos ser rigurosos y honestos y el corto periodo de seguimiento de los pacientes no permite aún extraer conclusiones sólidas sobre si se están cumpliendo los estándares de calidad. No obstante, los resultados preliminares son muy positivos.

Hay una ausencia de centralización que a día de hoy sufren de los pacientes diagnosticados en otros centros de la comunidad. La centralización en el Hospital Clínico de todos los pacientes de Aragón con carcinomatosis peritoneal permitiría seguir aumentando progresivamente la experiencia y el número de pacientes candidatos a COP. La centralización de esta patología en hospitales de referencia como el nuestro, tiene que cobrar cada vez más importancia porque para nosotros es muy preocupante que muchos pacientes no se deriven a estos centros y dramáticamente se orienten hacia una QT paliativa.

Durante los primeros meses de 2020 hemos acudido progresivamente a todos los centros de nuestra Comunidad Autónoma para presentar de una forma más cercana a nuestros colegas el proyecto elaborado en el y de esta forma nos han aportado todas sus dudas, inquietudes, ideas y total colaboración para ayudarnos a que la canalización y tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal en Aragón sea lo más eficaz posible. Por medio de sesiones hospitalarias totalmente abiertas a todo el personal sanitario de los centros, hemos estado en el Hospital Obispo Polanco, Hospital Miguel Servet, Hospital Royo Villanova, Hospital Ernest Lluch y Hospital de Alcañiz. Desafortunadamente, a pesar de tener en marzo de este año fechas cerradas para acudir al Hospital San Jorge y el Hospital de Barbastro, estas sesiones tuvieron que ser canceladas y aplazadas por la pandemia antes comentada.

7. OBSERVACIONES.

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

N° de registro: 0049

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

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

1. TÍTULO

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

Tipo Patología : Neoplasias
Otro Tipo Patología: neoplasias malignas del peritoneo
Línea Estratégica . : Otras
Tipo de Objetivos . : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque :
Otro Enfoque :

PROBLEMA

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

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

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

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

MÉTODO

idem

INDICADORES

INDICADORES BÁSICOS:

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

INDICADORES DE PROCESO:

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

INDICADORES DE RESULTADO:

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

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

1. TÍTULO

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

responsable y su presentación en Comité

Nº pacientes presentados después de 7 días tras conocimiento del responsable

$\frac{\quad}{\quad} \times 100$

Nº total pacientes presentados en el Comité

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

Nº pacientes sin consultas el mismo día

$\frac{\quad}{\quad} \times 100$

Nº total pacientes con confirmación de COP

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

Nº pacientes con CRS+/-HIPEC realizada después de 30 días tras diagnóstico

$\frac{\quad}{\quad} \times 100$

Nº total pacientes con confirmación de COP con CRS+/-HIPEC

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

Nº de informes recibidos después de 10 días de la COP

$\frac{\quad}{\quad} \times 100$

Nº total informes de AP de pacientes con COP

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

Fecha de entrada: 06/01/2021

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación en Seguridad del paciente al personal del bloque quirúrgico online a través de la Plataforma del Proyecto Cirugía Segura. Habiendo participado un elevado número de profesionales, que han sido el motor para la consecución de los objetivos
- Reuniones del Grupo: para impulsar la implantación de las medidas propuestas, así como para la difusión de la cultura de seguridad en los profesionales quirúrgicos y la dinamización de los grupos de interés, es decir, todos los profesionales que están implicados en la asistencia a los pacientes en el período quirúrgico y periquirúrgico.

- Reuniones con Grupos de interés importantes para el desarrollo del Proyecto: Comisión Bloque Quirúrgico, Comisión Infecciones, Enfermería Bloque Quirúrgico, Anestesia, Cirugía General, Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Mama, ORL, Oftalmología, Urología y Farmacia.

En las mismas se ha trabajado la implantación de las distintas medidas del Proyecto conducentes a la mejora de la Seguridad Quirúrgica, especialmente se ha trabajado la metodología de aplicación del LVSQ, realizando feed back con los resultados obtenidos.

- Utilización de etiquetado de colores en Bloque Quirúrgico por parte de anestesia para prevención de errores de medicación en quirófono.
- Adecuación del LVSQ a la cirugía oftalmológica.
- Formación al personal de enfermería de bloque quirúrgico y a cirujanos en cada Servicio, en sesiones de los servicios, para el Uso de clorhexidina alcohólica como antiséptico más eficaz en la asepsia de la piel.
- Seguimiento de Recomendaciones Normotermia en cirugías prolongadas en bloque quirúrgico, con implantación de un protocolo por parte del personal de quirófono..
- Revisión de los Protocolos de Profilaxis Antibiótica, actualizándolos y difundiéndolos en la intranet del sector en el documento: Guía de Tratamiento Antibiótico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

1. Curso Básico Seguridad Pacientes en Bloque Quirúrgico: 190 profesionales
2. Curso Avanzado Seguridad Paciente en Bloque Quirúrgico: 143 profesionales

2- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 2019: 1° T: 100%, 2° T: 95.6%, 3° T: 90.9%, 4° T: 100%. 2020: 1° T: 97.8%, 2° T: 96.4%, 3° T: 91.2%.

3- % adecuación de la profilaxis antibiótica: (Fuente: Auditoría Trimestral en Bloque Quirúrgico): 2019: 1° T: 100%, 2° T: 100%, 3° T: 94.1%, 4° T: 94.1%. 2020: 1° T: 100%, 2° T: 98.8%, 3° T: 96.3% .

4- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia (Fuente: Auditoría en Bloque Quirúrgico): 2019: 100%. 2020: 100%

5- % adecuación de la profilaxis tromboembólica: (Fuente: Auditoría): 2019: 83,3% . 2020: 87,1%.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Bajo nuestro punto de vista el cambio más importante ha venido de la mano de la adquisición de una cultura de Seguridad del Paciente por parte de los profesionales que llevan a cabo la actividad quirúrgica, ha sido el pilar fundamental en el que ha pivotado el proyecto y el motor de los logros conseguidos.

El Proyecto ha fomentado la comunicación entre diferentes grupos de profesionales implicados en la atención al paciente quirúrgico, lo que ha permitido mejorar la utilización del LVSQ, así como la adecuación de la prevención de la hipotermia y otros aspectos abordados.

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

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1339

Título
PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

Objetivos específicos:

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

MÉTODO

6.1. Medidas relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico:

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

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

1. TÍTULO

PROGRAMA CIRUGIA SEGURA

- Prevención de errores de medicación en quirófano
 - o Protocolización del etiquetado de medicamentos.
- 6.2. Medidas relacionadas con la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.
- Encuesta a profesionales del Bloque Quirúrgico.
 - Formación en seguridad del paciente: Curso on line.
 - Identificación de incidentes evitados gracias a la utilización del LVQ

INDICADORES

- N° de profesionales que completan la formación en seguridad del paciente previsto en el programa.
- % pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVSQ.
- % LVSQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.
- % adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica.
- % utilización de etiquetado de medicación administrada durante la anestesia.
- % reingresos urgentes tras cirugía programada.
- % reintervenciones (en el mismo ingreso o hasta 30 días desde intervención previa) en cirugía programada
- % mortalidad postoperatoria (durante el periodo de hospitalización).

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **