

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, anteriores a 2016)

Número de memorias: 7 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LABARTA MANCHO CARMEN	2015_0462	F	27/09/2016	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2015_0696	F	12/02/2018	MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	RODRIGUEZ CURIESES PETRA	2015_0136	F	12/01/2018	EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2015_0178	F	12/01/2018	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2015_0526	S1	15/02/2018	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ALDEA MOLINA ELISA	2015_0121	F	20/06/2018	REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	FERRERAS AMEZ JOSE MARIA	2015_0553	F	27/10/2016	CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Fecha de entrada: 27/09/2016

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PINA GADEA MARIA BELEN
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
ALONSO LOPEZ CRISTINA
GRACIA MOLINA MARIA JOSE
SARSA GOMEZ ANA MARIA
PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA
GONZALEZ RUBIO FRANCISCA
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan dos reuniones de las 3 farmacéuticas de atención primaria (FAP) del equipo de mejora para trabajar en la actualización según la publicación de 2014 del listado de criterios STOPP que estaba incluido en el formulario del anciano polimedificado:

- 1ª reunión: Se hace la traducción de los criterios y se elabora una recomendación breve que será la que aparezca en el formulario (21 abril, martes, 8:30 - 15:00)
- 2ª reunión: Se establece la relación de cada criterio STOPP-2014 con aquellos códigos ATC de los medicamentos a los que afecta (7 mayo, jueves, 8:30 - 15:00)

Se envía por correo electrónico esta información elaborada junto con el artículo original de los criterios STOPP y un artículo de revisión sobre este tema a los 6 médicos de familia del equipo de mejora, para facilitar el trabajo individual antes de la reunión del equipo para su discusión.

Se realiza una reunión de todos los miembros del equipo de mejora (3 farmacéuticas de atención primaria y 6 médicos de familia) para consensuar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria (21 mayo, jueves, 11:00 - 16:00). Todos los miembros del equipo de mejora pertenecen a los sectores Zaragoza 1, Zaragoza 2 y Zaragoza 3.

Ultima reunión de trabajo de las farmacéuticas de atención primaria para traspasar la información recopilada en la reunión anterior al formato de fichero informático apropiado para su integración en la base de datos con la que se elabora el formulario del anciano polimedificado (26 mayo, jueves, 11:00 - 15:00).

Se remite el fichero con la actualización de las recomendaciones STOPP a las farmacéuticas de AP de todos los sectores de Aragón (junio 2015) para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimedificados que se remiten periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha actualizado el listado de recomendaciones basadas en los criterios STOPP del año 2014, sustituyendo a la versión anterior de 2008.

- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2:

- Criterios revisados: 81 criterios (100%)

- Criterios adaptados para incluir en el formulario: 74 criterios (91,4%).

No se incluyen los tres criterios generales que hacen referencia a la indicación de la prescripción (la indicación no se valora automáticamente en el formulario) y se excluyen 4 criterios específicos a propuesta del equipo de mejora, siendo uno de ellos el "Uso concomitante de dos o más fármacos anticolinérgicos", aspecto que se incluye en el formulario del anciano polimedificado a través de la adaptación de la escala de riesgo anticolinérgico ACB.

- Se traslada esta información a todos los sectores sanitarios de forma que se consigue que el 100% de los formularios del anciano polimedificado que se envían periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón se elaboren con los criterios adaptados a la versión de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- Se han adaptado los criterios STOPP publicados en 2014, para su inclusión en el formulario del paciente anciano polimedificado, que constituye una de las herramientas fundamentales del "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado", publicado por el Servicio Aragonés de Salud en noviembre de 2012. Las anteriores recomendaciones eran de 2008.

- La actualización de las recomendaciones ofrecidas en el formulario del anciano polimedificado se considera imprescindible para mantener su vigencia.

Recomendaciones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

- Para un mayor aprovechamiento de este recurso sería imprescindible que los profesionales pudieran acceder on-line a los formularios actualizados desde su propia consulta y con una frecuencia mayor a la actual.
- Sería deseable mejorar las opciones de registro en OMI
- Consideramos que sería una utilidad importante explorar la posibilidad de incluir algunas de las recomendaciones adaptadas de los criterios STOPP en el programa de receta electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/462 ===== ***

Nº de Registro: 0462

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, PINA GADEA MARIA BELEN, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, ALONSO LOPEZ CRISTINA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, SARSA GOMEZ ANA MARIA, PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA, GONZALEZ RUBIO FRANCISCA, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

PROBLEMA
En Noviembre de 2012 el Servicio Aragonés de Salud publicó el "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado", con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que permitan la revisión estructurada y sistemática de los tratamientos farmacológicos, como medidas para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica. Para facilitar la revisión clínica de la medicación se diseñó un formulario que recoge para cada paciente polimedicado los diagnósticos, y fármacos asociados junto con las recomendaciones de medicación inapropiada en los ancianos basadas en los criterios STOPP (publicados en 2008) y Beers (publicados en 2012). En octubre de 2014 se publicó la versión 2 de los criterios STOPP1. Se ha considerado necesario trasladar esta actualización a las recomendaciones incluidas en el formulario del programa.
1. O'Mahony D, O'Sullivan, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2014; 0: 1-6. doi: 10.1093/ageing/afu145

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Traducir y adaptar los criterios STOPP publicados en 2014 para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimeditados remitidos a los profesionales de atención primaria como herramienta facilitadora para la revisión clínica de la medicación.

MÉTODO
- Revisión del listado de criterios STOPP-2008 y actualización según la publicación de 2014.
- Relacionar cada criterio STOPP-2014 con los códigos ATC de los medicamentos afectados.
- Reuniones del Grupo de Mejora, con la participación de los médicos, para elaborar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria.

INDICADORES
- Listado de criterios STOPP actualizado según la versión 2.
- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2.
- Porcentaje de formularios de polimeditados con los criterios adaptados a la versión 2

DURACIÓN
Duración prevista: Un año

- Fecha de inicio: Enero 2015
- Búsqueda bibliográfica: Febrero 2015
- Traducción y adaptación de los criterios: Marzo-Mayo 2015
- Revisión de los códigos ATC afectados por los criterios: Mayo 2015
- Inclusión de los criterios en el formulario del anciano polimeditado: Junio 2015
- Adaptación del formulario en función de las sugerencias de los profesionales recogidas en el grupo de trabajo: Junio-Diciembre 2015.
- Reuniones del grupo de trabajo: Enero-Diciembre 2015

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

OBSERVACIONES

El grupo de trabajo está constituido por médicos de familia y farmacéuticos de Atención Primaria de los sectores sanitarios de Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0128

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS
GUAJARDO SIERRA INMACULADA
LETOSA BOLEA VICTORIA
GASPAR RUZ MARIA LUISA
CAMPOS SANZ ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contacto con Coordinadores de C/S del Sector I
Difundir en los C/S del Sector I (Urbanos) en forma de sesión clínica en los diferentes C/S
Valorar el desarrollo de la actividad en el C/S
Número de pacientes derivados a CAR Geriatria
Número de pacientes aceptados en HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Desarrollo de la Actividad en 5 C/S: Amparo Poch, Parque Goya, Actur Norte, La Jota, Arrabal.
-16 pacientes derivados a CAR Geriatria:
4 del C/S Amparo Poch
10 del C/S La Jota
1 del C/S Actur NORte
-56,25% paciente incluidos en HDG
-43,75% pacientes NO cumplen criterios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Mayor derivación desde los C/S después de la sesión informativa
-Mejoría del conocimiento de HDG pero de forma insuficiente
-Realizar un mejor manejo de la información en las seiones informativas.
-Falta de conocimiento de los recursos asistenciales geriátricos
-Falta de conocimiento del acceso al programa de HDG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/128 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
ROMO CALVO LAURA
LETOSA BOLEA VICTORIA
SANCHO GINER MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DETERMINAR CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INCLUIDO EN HDG DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2015
VALORACIÓN DE AVD B SEGUN I. BARTHEL ANTES Y DESPUES DE HDG
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
COMORBILIDAD: I. CHARLSON
DETERMINAR UTILIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL Y CINESITERAPIA EN HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
103 PACIENTES. 56,3% OCTOGENARIOS. EDAD MEDIA: 82 AÑOS. 63,1% MUJERES. TEST PFEIFFER<O=3: 68,6%. 84% PROCEDEN DE HOSPITALIZACIÓN (15% DE C. EXT).
DEL INICIO DEL CUADRO AL INGRESO EN HDG: 35, 7 DÍAS. 6,84 DÍAS DE LA PETICIÓN DE CONSULTA HASTA EL CAR GERIATRÍA.
39,8% PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA, 24,3 % PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, OTRAS ENFERMEDADES:33%
COMORBILIDAD: I. CHARLSON: 2,23
POLIFARMACIA: 70%
95% REALIZARON TERAPIA OCUPACIONAL
71% REALIZARON CINESITERAPIA
BUENA ADAPTACIÓN: 94%
I. BARTHEL: >65: PREVIO:15% Y AL ALTA:63%; 45-60 PREVIO:36% Y AL ALTA:16%; 20-45 PREVIO:37% Y AL ALTA: 12%
SE DESGLOSA EL I. BARTEL POR ACTIVIDADES OBSERVANDO MEJORÍA EN TODAS LAS AVD B

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los pacientes incluidos en HDG son de edad avanzada, con comorbilidad, polifarmacia frecuente y gran deterioro funcional.
-Casi la totalidad realiza sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, que se relaciona con una mejoría en todas las ABVD, consiguiendo una mayor autonomía en la mayoría de los casos.
-Mejorar el control de medicación
-Potenciar el recurso en Atención Primaria y en Atención Especializada en especial en Neurología y Traumatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/696 ===== ***

Nº de Registro: 0696

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, LETOSA BOLEA MARIA VICTORIA, SANCHO GINER MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El servicio de Geriátría del Hospital Nuestra señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.
La recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa es nuestro objetivo de mejora.
El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar.
La edad media de los pacientes del HDG es de 83 años y al ingreso el Índice de Barthel es inferior a 45 puntos en más de la mitad de los casos, polimedicado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo en más de la mitad de los casos la procedencia desde las Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriátría.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

-Cuantificar el número de estancias necesarias, especificando el tipo.-Descirbir el candidato idóneo.

MÉTODO

-Número de estancias, sesiones de rehabilitación y de terapia ocupacional.
-Cuantificar la recuperación funcional.
-El impacto social y personal.

INDICADORES

- Índice de Barthel.
- Número de estancias.

DURACIÓN

Desde abril del 2015 hasta Diciembre del 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE PETRA RODRIGUEZ CURIESES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
CARDONA MONZON LAURA
MARTINEZ LABORDA ESTHER
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y transversal de las llamadas telefónicas realizadas durante el periodo de tiempo de un año (de junio de 2015 hasta mayo de 2016). El tamaño final de la muestra fue de 100 pacientes.

Todos los pacientes de la muestra habían sido atendidos en la unidad de CMA del Hospital Royo Villanova, intervenidos de hernia umbilical, epigástrica, ventral e inguinal unilateral.

El cuestionario de valoración del seguimiento telefónico (9, 10), objeto del actual trabajo, se le realizó al paciente de forma anónima en la consulta de cirugía en su primera revisión. Constaba de las siguientes variables: edad, género, tipo de hernia intervenida, constatación de llamada telefónica y, en caso afirmativo, si resultado útil el seguimiento realizado, la existencia de aspectos considerados a mejorar en el control telefónico y si recomendaría la unidad de CMA a algún familiar o conocido en futuras intervenciones.

Para valorar el grado de utilidad para el paciente de la llamada se estableció un rango desde 0 puntos (nada útil) a un máximo de 5 puntos (muy útil). Los aspectos a mejorar del proceso, pregunta abierta, generaron respuestas que se registraron literalmente en la encuesta. Cada una de las preguntas incluía la posibilidad de elegir como respuesta "no sabe/no contesta".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

La edad media de la muestra de 100 personas fue de 52 años (51,73±12,63). Hubo 29 mujeres y 71 hombres.

Clasificados por tipo de intervención, 56 fueron intervenidas de hernia inguinal, 38 de hernia umbilical, 3 de hernia epigástrica y 2 personas de hernia ventral.

Respecto a la pregunta de si recibieron la llamada del día siguiente a cargo del personal de la CMA, un 99% indicó que sí mientras que sólo un paciente indicó que no. De este modo, la muestra total de personas que continuaron con las sucesivas preguntas de la encuesta fue de 99.

Con respecto a la pregunta sobre la valoración del grado de utilidad de la llamada de seguimiento, 72% de personas la evaluaron con 5 puntos (muy útil), 22% indicaron una valoración de 4 puntos (útil) y 5% de usuarios indicaron valoración de 3 (normal). No hubo valoraciones por debajo de 3 puntos.

Ante la pregunta de si existía algún aspecto a mejorar sobre la llamada de seguimiento, 90 (90.9%) personas indicaron que no lo encontraban, 2 (2.02%) personas eligieron la opción "no sabe/no contesta" y 7 (7.07%) personas indicaron que sí existían aspectos a mejorar.

De este último grupo, dos pacientes no añadieron comentarios sobre qué aspectos mejorarían. Los cinco restantes conformaron un grupo cuya edad media era de 49 años (49,4±6,62), tres mujeres y dos varones; cuatro habían sido intervenidas de hernia inguinal y una de hernia umbilical. De estos cinco pacientes, tres habían valorado la respuesta sobre el grado de utilidad de la llamada con 4 puntos (útil) y dos personas con 3 puntos (normal).

Dos de los usuarios indicaron la necesidad de un seguimiento telefónico más prolongado, otro sugirió facilitar un teléfono de contacto propio de la CMA para la resolución de dudas y otros dos reclamaron ampliar la información postural e higiénico-dietética al alta.

Respecto a la última pregunta de si recomendarían la unidad de CMA a un familiar o conocido en futuras intervenciones, 99% personas respondieron afirmativamente frente a una 1% de usuarios que indicó que no recomendaría la intervención en la CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo ha confirmado que la llamada de seguimiento a las 24 horas ha tenido una gran aceptación entre los pacientes, les aporta seguridad y establece un vínculo comunicativo y cercano con él. Supone una herramienta ágil y útil en la resolución de las dudas que le crean ansiedad y que podrían no ser bien interpretadas por él. La utilización adecuada de recursos, como la valoración en urgencias de un paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

postoperado, podría reducirse con la extensión de este tipo de prácticas.

Tal como se exponen en otros trabajos, el control y registro de lo que sucede en el domicilio del paciente es necesario para asentar las bases de la calidad ofertada y lograr una mejora continua, tanto asistencial como gestora. (11)

Tras la realización de este trabajo los temas que más dudas generaron entre los pacientes, y que se resolvieron a través de la llamada de las 24 horas, fueron:

La dosis de analgesia que puede tomar de forma segura y eficaz.

Cuestiones relacionadas con los cambios posicionales, nivel de esfuerzos y/o actividad física.

Dónde y cada cuánto tiempo debe llevar a cabo la cura de la herida quirúrgica.

Cómo realizar las curas en su domicilio.

Pautas higiénicas-dietéticas referidas al patrón de tránsito intestinal.

Aunque el mismo día de la intervención el paciente recibe información necesaria tanto por parte del personal médico como de enfermería, el nivel de estrés y ansiedad que conlleva la intervención hace que la información se disipe y que el paciente no consulte todas las dudas que le preocupan; de la misma manera, muchas de las dudas le surgirán más adelante.

Según estudios, parece ser que los pacientes sólo recuerdan alrededor de un 50-60% de la información facilitada. De este modo, la llamada de seguimiento a las 24 horas permite reforzar la información previamente dada e individualizarla según el paciente. (12, 13)

Concluido el trabajo, se ha objetivado la necesidad de realizar la remodelación del cuestionario de seguimiento telefónico ya que las preguntas existentes utilizadas se muestran insuficientes con las necesidades y dudas de los actuales pacientes intervenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/136 ===== ***

Nº de Registro: 0136

Título
EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:
RODRIGUEZ CURIESES PETRA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, CARDONA MONZON LAURA, MARTINEZ LABORDA ESTHER, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

En la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria (UCMA) se reciben pacientes que van a ser intervenidos y dados de alta en el mismo día de la intervención.

Esto supone, para el hospital un alto nivel de calidad asistencial y una buena gestión de los recursos; por el contrario, esto conlleva un grado de ansiedad para el usuario ante el desconocimiento que surge en el cuidado postoperatorio al no permanecer ingresados en el hospital.

Actualmente, se realiza un seguimiento del estado del paciente de forma telefónica en las primeras 24 horas. El problema detectado es que el paciente cuando ha de someterse a un proceso quirúrgico, por el citado nivel de ansiedad, no asume los cuidados que se le explican teniendo muchas dudas que se tratan de resolver mediante seguimiento telefónico.

Con esta propuesta de plan de mejora queremos evaluar a medio plazo la efectividad real de la encuesta telefónica, y en caso contrario conseguir un seguimiento telefónico adecuado a las necesidades del usuario, reformulando la encuesta con los ítems que realmente le preocupan.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Valoración del seguimiento telefónico para saber:

Mejora de la satisfacción del usuario

Mejora de la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

MÉTODO

Revisión bibliografica
Reunión y exposición del tema con el equipo
Realización de la encuesta de control telefónico
Diseño y realización de la encuesta de valoración
Evaluación final de proyecto

INDICADORES

Los indicadores serían:

- El grado de satisfacción del usuario sea superior al 70%
- El número de usuarios a los que les ha resultado útil el seguimiento telefónico.
- El porcentaje de encuestas realizadas para que tenga fiabilidad la muestra sea superior al 80

DURACIÓN

Duración 11 meses

Junio - julio: revisión bibliografica y reunión con el equipo.

Julio: diseño encuesta del seguimiento telefónico y diseño de la encuesta de valoración.

Agosto: UCMA está cerrada

Septiembre - Enero: recogida de datos de las encuestas

Febrero- Marzo: tratamiento de los datos

Ma

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ CURIESES PETRA
CARDONA MONZON LAURA
PELLEJERO GRACIA CARMEN
BONO ARIÑO CARMEN
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

METODOLOGIA

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar en 2015 formado por 8 profesionales de diferentes ámbitos y especialidades.

El grupo se propuso como objetivo fijar una pauta común de actuaciones tendentes a la promoción de la salud y a la orientación de pacientes y familiares en su toma de decisiones, para lo cual se desarrolló un tríptico informativo que se facilita al paciente durante la consulta de anestesia.

Se elaboró un organigrama de sesiones en las cuales se reunía el equipo con regularidad, consensuando las decisiones relativas a la organización y distribución de tareas. El equipo se ha centrado en la formación sobre promoción y educación para la salud, ha realizado una revisión bibliografía y un estudio de la oferta actual, para llegar a establecer las recomendaciones y propuestas de mejora.

La técnica utilizada como instrumento de evaluación es el cuestionario pretest y postest. Entre sus ventajas se encuentra el poder comparar la situación antes y después de la intervención formativa. Entre sus inconvenientes está que sólo permite evaluar resultados de conocimientos y no de capacidades.

Actualmente, ya se ha incorporado el tríptico como documento informativo para los pacientes en la consulta de anestesia.

Se decidió unificar los documentos de recomendaciones en un único tríptico para hacerlo más manejable y, a la vez, ampliar su contenido con nueva información.

Ventajas del tríptico:

El mensaje deja de ser puntual y se dirige a pacientes pero también a familiares y acompañantes.

Mayor versatilidad, se asimila el contenido al propio ritmo del paciente y/o familia con un formato sintetizado y sencillo.

Complemento eficaz a la entrevista sanitaria, la información queda ampliada.

El coste/unidad es bajo.

Inconvenientes:

Sólo apto para público alfabetizado en castellano.

La distribución de cualquier documento sanitario es difícil y costosa (en nuestro caso, esto lo convertimos en ventaja al entregarlo en la consulta de anestesia).

Después de estudiar diferentes publicaciones al respecto, el grupo de trabajo ha diseñado un tríptico cuyos apartados se describen a continuación:

Breve explicación del significado del concepto "Cirugía Mayor Ambulatoria".

Recomendaciones para antes de la intervención.

Consejos durante la intervención.

Recomendaciones para después de la intervención.

Advertencias generales.

Teléfonos de interés relacionados con el Servicio de C.M.A.

Ubicación del Servicio de C.M.A.

Transporte público para acceder al centro sanitario.

Bajas y justificantes derivadas del procedimiento quirúrgico.

Una vez elaborado el documento se ha analizado la repercusión de los resultados mediante una encuesta con varias preguntas. Para ellos se han repartido de manera aleatoria el tríptico a 200 pacientes y hemos comparado su opinión con la de otros 200 que no lo han recibido. Las cuestiones han servido de indicadores para conocer el nivel de asimilación de la información difundida.

Las preguntas han sido cinco, de las cuales decidimos estudiar tres como indicadores de efectividad del tríptico:

¿Considera suficiente la información recibida antes de llegar a la Cirugía Mayor Ambulatoria?

¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?

¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

RESULTADO

Indicadores:

Pre

177/200*100%= 88.5% de los pacientes operados sin información previa opinan que tienen suficiente información.

(Gráfico 1)

Post

189/200*100= 94.5% de los pacientes operado tras recibir la información opinan que tienen suficiente información.

(Gráfico 2)

Una vez analizados estos indicadores no nos queda claro si en realidad la información facilitada ha sido útil.

Para ello hemos decidido analizar dos indicadores más de la encuesta realizada que son:

¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?

¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

Pacientes sin información: (Gráfico 1)

Un 43.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.

Un 27.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.

Pacientes con información previa: (Gráfico 2)

Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.

Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Los resultados observados en la pregunta número 1 ponen de manifiesto la percepción que tiene el paciente de ser correctamente informado. De manera aislada, estas respuestas podrían poner en evidencia la utilidad real de la información facilitada.

Sin embargo, la percepción real de información, la aprehensión de datos, es claramente superior en los pacientes que han recibido el tríptico antes de la cirugía, tal y como se manifiesta en las respuestas a las preguntas 2 y 3. Los pacientes del grupo "informado" han manifestado conocimientos más amplios del proceso de C.M.A. frente al grupo control.

La elaboración y difusión de un tríptico informativo en la consulta de anestesia sobre el proceso de C.M.A. es sumamente positivo:

Es seguro que todo paciente que va a ser intervenido recibe la información.

Simplifica la cantidad de documentación que se le entrega al paciente.

Es atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido.

Define pautas claras y concisas a pacientes del procedimiento a seguir durante su estancia hospitalaria.

Implica en el proceso a familiares que deben acompañar siempre al paciente.

El conocimiento del circuito C.M.A. minimiza el grado de ansiedad que genera una intervención quirúrgica.

Facilita el trabajo del personal sanitario.

En general, aporta una mayor seguridad.

7. OBSERVACIONES.

Dimos en mano al Sr. Ramos (responsable de Calidad del hospital Royo Villanova) un tríptico como parte de nuestro trabajo realizado. Dicho tríptico en la actualidad ha sido incluido como parte del protocolo que dan los anestesiólogos en las consultas a los pacientes

*** ===== Resumen del proyecto 2015/178 ===== ***

Nº de Registro: 0178

Título

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ CURIESES PETRA, CARDONA MONZON LAURA, PELLEJERO GRACIA CARMEN, BONO ARIÑO CARMEN, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

A lo largo del tiempo, hemos detectado que la información que recibe el paciente en la consulta de anestesia se difumina, ya sea por la cantidad de información que se le da al paciente, por la ansiedad que conlleva una intervención o por la edad del usuario que va a ser intervenido entre otros motivos...; considerando esto un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

problema, queremos mejorar esta información para que sea atractiva visualmente, ágil y fácil.

En una reunión multidisciplinar, se decide realizar la elaboración de un documento en forma de tríptico donde se recoja la información básica de la unidad (ubicación, consejos generales...) ya que consideramos el tríptico un recurso muy útil, que nos permite reforzar los aspectos más relevantes, especialmente aquellos que las personas deban recordar fácilmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de una herramienta útil para el usuario (tríptico)
- Mejorar la imagen de nuestro hospital
- Mejorar la calidad asistencial
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares intervenidos en nuestro servicio
- Mejorar la satisfacción del equipo asistencial de la UCMA

MÉTODO

- Revisión bibliográfica
- Revisión de trípticos de otros hospitales
- Reunión con el equipo y diferentes facultativos para consensuar criterios
- Elaboración del tríptico
- Distribución del tríptico en la consulta de anestesia
- Diseño de la encuesta de valoración sobre el tríptico
- Realización de un estudio de casos- control

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de usuarios que consideran que el tríptico ha sido útil (Nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/ nº de usuarios que han recibido el tríptico)
- 2.- Porcentaje de usuarios que no han recibido el tríptico y la información sin mediación de este, ha sido la apropiada (Nº de usuarios que consideran apropiada la información/ nº usuario que no han recibido el tríptico)

DURACIÓN

Junio - julio: revisión bibliográfica y reunión con los diferentes facultativos para consensuar criterios
Agosto: Elaboración del tríptico y diseño de la encuesta
Septiembre: distribución del tríptico en la consulta de anestesia
Septiembre - enero: recogida de datos
Febrero: análisis de los resultados
Marzo- abril: difusión del estudio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN RUIZ GLORIA
MEJIA CASADO ANA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez creada la base de datos y junto al Servicio de Informática se intentó ubicar el archivo en una carpeta compartida en el Centro de Salud de Grande Covián, HNSG y HRV ya que la finalidad de la base de datos es poder consultar el día del proceso quirúrgico, datos relevantes de la cirugía, duración de la intervención, posibles complicaciones, cirujanos participantes y tipología de los implantes.

Tras un primer intento de puesta en marcha de la base de datos el Servicio de Informática definió la misma como incompatible con el sistema operativo presente en nuestro Sector. Por lo tanto se optó por retrasar y buscar alternativas a la misma. El personal de Informática está saturado y no dispone de tiempo material para poder crear una base de datos compatible y el responsable de Servicio planteó poder ofrecer una beca o similar a estudiantes de la universidad que en ocasiones realizar la parte práctica en su Servicio. Sin embargo, fue imposible crear una beca para la misma y el año pasado no fue hasta finales de año donde confirmaron que durante 2017 no iban a disponer de personal en práctica.

Además, a finales de octubre en el Congreso Nacional de la Especialidad SECOT, hubo una mesa redonda y reunión de Expertos dedicada exclusivamente al registro nacional de artroplastia. Las conclusiones de las mismas fueron que a principios de años de iniciarían las pruebas del registro similar al que funciona en la actualidad en Cataluña por lo que tras meses de funcionamiento en diferentes Hospitales de todo España expondrán durante el segundo trimestre del 2018 la experiencia y los fallos de los Hospitales piloto. Nuestro centro no reunía los requisitos para poder ser centro piloto pero estamos en comunicación continua con los miembros que forman parte de la creación de la base de datos nacional de artroplastia.

Por lo tanto, tras una reunión de los miembros del plan de mejora se optó por esperar a los resultados durante el segundo trimestre de 2018 y decir si continuábamos con nuestro plan de mejora creando una base de datos personal para nuestro servicio o esperar a la base de datos oficial nacional de la Sociedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la aprobación del plan de mejora en la convocatoria 2015 se realizó una base de datos en el programa informático Microsoft Office Access. En septiembre, y tras la presentación del mismo para mejorar o completar el registro al jefe de servicio se intentó la instalación en el servidor de la intranet del HRV junto al servicio de Informática del hospital.

La instalación del programa fue muy dificultosa y en ocasiones imposible por la no disponibilidad de la base de datos en todas las sesiones de los miembros del servicio de Traumatología. Además fue imposible la instalación en los ordenadores del área quirúrgica por escasa potencia de RAM, y sistemas operatorios obsoletos.

Actualmente, estamos esperando los resultados de la Comisión Nacional encargada de la creación de base de datos nacional de artroplastia para poder decidir si implantamos la base de datos oficial de la sociedad o adaptamos la base de datos a través del sistema hpdctor de nuestro servidor.

Con el registro de los pacientes intervenidos de ATR, se pretende crear una base de datos para monitorizar a los pacientes, las posibles complicaciones, calcular la tasa de infección, realizar un estudio sociodemográfico de los pacientes intervenidos y realizar planes de actuación para facilitar las tareas tanto a enfermería como a nivel hospitalario con la puesta en marcha de planes como por ejemplo el Fast-track en ATR primaria.

Con la nueva creación de la base de datos, se espera poder poner en marcha la base de datos y por ser accesible para todos los miembros del servicio de COT.

6.1.- Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.

Completado, realizado pero incompatible con los programas autorizados en los ordenadores del HRV.

6.2.- Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián. No realizado por la no disponibilidad del programa en el servidor de la intranet del HRV,

6.3.- Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.

Tras consulta con la comisión de historias clínicas no es necesario el consentimiento escrito, siendo oral.

6.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

de estudios científicos y/o publicaciones.
Actualmente se sigue realizando el registro en base al código de codificación del diagnóstico al alta, realizado de los servicios de documentación del HRV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Revisión de los registros de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catalán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.

Elaboración de folleto informativo con la protección de datos y de privacidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1.- Porcentaje de la base de datos elaborada

100% realizada en el programa ACCESS de Microsoft Office.

2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla. 0% por no iniciar el registro informático.

3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.

0%, pendiente del inicio de la nueva base de datos para la inclusión de criterios nuevos.

3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento. No realizado.

4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

0% en base a la base de datos realizada, pero actualmente iniciado un estudio en base a la codificación del CIE al alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO CUMPLIDO.

Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta finales de octubre se realizó una nueva base datos.

Octubre 2015, presentación al jefe de servicio de COT para mejorar y complementar con nuevos datos.

Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos.

Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.

Intentó de instalación en despacho médico, área quirúrgica y CME Grande Covián en el programa de Microsoft Office.

Diciembre de 2015: tras el email recibido por la comisión de HRV de Calidad se notifica el problema logístico e informático sin respuesta por parte de la comisión por lo que se acuerda con el servicio de informática, alguna solución viable.

A inicio de 2016, error persistente en la creación de base de datos tanto en el área quirúrgica como en CME Grande Covián

Abril de 2016, planteamiento de continuidad del proyecto del plan de mejora pero con la creación de una base de datos en base a la realización a la presente en otros servicios del HRV (Cirugía, digestivo y cardiología) basada en hpdctor. Ante el desconocimiento de la base informática del funcionamiento de dicho programa se decide por el equipo de mejora por unanimidad incluir a un nuevo miembro del servicio de informática para la nueva convocatoria. Se planteó la creación de una beca o el planteamiento de uno de los estudiantes en prácticas de la Universidad que realizan prácticas en el Servicio de Informática de nuestro centro como responsable autor de un programa compatible con el sistema hpdctor y poder utilizar en todo el Sector. Sin embargo durante el 2017 no realizó ningún estudiante un rotatorio por el mismo por lo que al final no ha podido ser creado.

A finales de septiembre de 2017 en el Congreso Nacional de la Especialidad, tras la reunión de la comisión encargada de la puesta en marcha del Registro Nacional de Artroplastia se concluyó con el inicio en centro pilotos para poder analizar los datos del empleo de la base de datos en el segundo trimestre de 2018. Por lo tanto, los miembros del plan de mejora decidimos esperar a observar los resultados de la Comisión Nacional.

En conclusión, el programa de registro de artroplastia está realizado pero no ha podido ser puesto en marcha por problema informático. El registro de artroplastia en el Servicio de COT es una herramienta importante para el registro, seguimiento, control y posibles estudios.

7. OBSERVACIONES.

10. OBSERVACIONES.

Durante el 2017 dos de los integrantes del Plan de Mejora de Calidad han sido trasladados a otros centros hospitalarios. Lidia Castán a Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y José María Mallén a Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Por lo que ambos están dispuestos a continuar como miembros del plan de mejora pero desconocemos si es posible continuar siendo al pertenecer a Sectores Sanitarios diferentes y no estar integrados en sección de Artroplastias.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/526 ===== ***

Nº de Registro: 0526

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Título
CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, CANALES CORTES VICENTE, MARTIN RUIZ GLORIA, MEJIA CASADO ANA, MALLÉN ALBIR JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
La gonartrosis es una patología degenerativa de gran importancia socio-sanitaria en los mayores de 50 años. La prevalencia de la gonartrosis en España se estima en 28.6% en personas de 60-69 años y de 33.7% en los mayores de 70 años. Según los datos epidemiológicos de EPISER dirigido por la Sociedad Española de Reumatología la gonartrosis se espera que aumente significativamente debido al progresivo envejecimiento de la población y el incremento de su esperanza de vida siendo la cuarta causa principal de discapacidad en el 2020. La artroplastia total primaria de rodilla es una cirugía mayor que requiere una serie de recomendaciones tanto pre como postquirúrgicas y un seguimiento en el tiempo para poder observar cualquier tipo de complicación. En nuestro centro, el bloque quirúrgico se encuentra en el Hospital Royo Villanova y las consultas externas en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián lo que exige la existencia de una historia clínica física doble para un mismo paciente, con todo lo que ello implica. Esa duplicidad dificulta en ocasiones las sucesivas consultas clínicas y las revisiones de la historia clínica para recopilar información y poder plantear algún tipo de estudio de investigación. Con la creación de una base de datos o registro informático se podrían obtener de forma directa los datos de los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla y con ellos poder realizar no sólo un análisis autocrítico de nuestra actividad, sino también estudios científicos y publicaciones.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Actualmente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología no existe ningún registro de artroplastia total primaria de rodilla.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián.
Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

MÉTODO
Elaboración y realización de base de datos informática.
Elaboración de folleto informativo con el consentimiento informado para la inclusión en la base de datos.

INDICADORES
1.- Porcentaje de la base de datos elaborada
2.- Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
3.- Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
4.- Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

DURACIÓN
Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta final de año:
Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos.
Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.
A finales de año:
Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

OBSERVACIONES
En la actualidad existe una base de datos general con todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica o ingresados en el servicio (Con diagnóstico y tratamiento), pero no del procedimiento quirúrgico sometido ni el seguimiento posterior.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 21/06/2018

2. RESPONSABLE ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBISTUR LESMES IRUNE
PARDO VINTANEL TERESA
AZNAR COSTA JOAQUIN
LEGAZCUE GOÑI ANA
ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La fibrilación auricular es un problema de salud común atendido en los Servicios de Urgencias, su consecuencia mas importante es la enfermedad tromboembólica. El ictus hoy en día es la tercera causa de mortalidad en mujeres y una de las principales causa de discapacidad con un gasto sanitario elevado.
Se detectó la gran variabilidad en el manejo de dicha patología en nuestro Servicio de Urgencias y la escasa coordinación con otros Servicios por lo que se decide, junto con Cardiología realizar un protocolo conjunto para el manejo de la enfermedad y de sus complicaciones.
Dicho protocolo se llevó a cabo en el año 2011 y posteriormente se realizan reuniones y sesiones periódicas para tratar problemas encontrados en el Circuito.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias y en Diferentes centros de Salud del Sector para divulgar el protocolo.
Se imprime tríptico de bolsillo para facilitar toma de decisiones.
Se realizan reuniones periódicas para detectar fallos en el circuito asistencial.
Se observó que los pacientes al ser dados de alta del Servicio de Urgencias lo hacían en la mayoría de los casos con el tratamiento al alta correctamente instaurado y con la profilaxix embólica correctamente administrada en más del 50% de los casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Fibrilación auricular es una enfermedad que requiere un manejo multidisciplinar. Sólo con la insistencia en la divulgación de los protocolos se logra hacer un buen manejo del enfermo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/151 ===== ***

Nº de Registro: 0151

Título
AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ALBISTUR LESMES IRUNE, PARDO VINTANEL TERESA, AZNAR COSTA JOAQUIN, LEGAZCUE GOÑI ANA, ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los servicios de urgencias (SHU), que presentan una incidencia y prevalencia elevada elevada y creciente en España.
Se ha demostrado en multitud de estudios, que al permanecer en fibrilación auricular se produce un remodelado anatómico auricular que tiende a perpetuar la arritmia, de ahí la importancia de intentar devolver al corazón a su conducción sinusal, lo antes posible
La cardioversión tanto eléctrica como farmacológica se plantea si la duración de la arritmia es de menos de 48 horas, está correctamente anticoagulado durante al menos 3 semanas o tiene un ECO transesofágico normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En cuanto a la profilaxis tromboembólica , en las ultimas guías se recomienda iniciar anticoagulación a aquellos pacientes con un riesgo medido a través de la escala CHADS2VASC mayor o igual a 2. Se detectan dos problemas en el servicio de urgencias en relación con la diversidad en el manejo de aquellas FA de menos de 48 horas quedando muchas ellas sin cardiovertir, derivando a estos pacientes a su domicilio anticoagulados y pendientes de cardioversión eléctrica diferida cuando se les podría resolver el problema durante su estancia en urgencias. Un segundo problema es que muchos pacientes a pesar de tener unos factores de riesgo que indicarían anticoagulación sin gran riesgo de sangrado , no se anticoagulan con el riesgo que esto supone para el paciente. Además no se emplean tan apenas los nuevos anticoagulantes

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumento del número de cardioversiones en urgencias en aquellos pacientes con Fa de menos de 48 horas. En especial aumentar el número de cardioversiones eléctricas (técnica de elección en Fa de menos de 48 horas)en el servicio de urgencias.

Disminuir las horas de estancia en el servicio de urgencias y en su sala de observación ya que si está indicado la cardioversión eléctrica y se puede realizar, posteriormente tan solo se observará al paciente 3 o 4 horas.

Aumentar el número de pacientes anticoagulados (con antivitamina K o con los nuevos anticoagulantes) que presentan en la escala CHADS2VASC una puntuación mayor o igual a 2

MÉTODO

Realización de un protocolo que tras su aprobación por la Comisión de Tecnología se realizará su difusión mediante una reunión conjunta de todos los servicios implicados.

Revisión retrospectiva de las historias clínicas para comprobar el grado de cumplimiento del protocolo.

Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas, basadas en casos clínicos reales.

Adecuación y modificación en función de resultados obtenidos.

INDICADORES

(Número de cardioversiones realizadas/número de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas)por 100

(Número de cardioversiones eléctricas realizadas/ numero de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas) por 100

(Pacientes correctamente anticoagulados/pacientes con CHADS2VASC mayor o igual a 2) por 100.

(Número de pacientes con nuevos anticoagulantes/ pacientes anticoagulados) por 100

DURACIÓN

Inicio: Abril 2013 Fin: Junio 2014

Aprobación y difusión del protocolo FA Abril-Mayo 2.013

Retrospección de las historias clínicas junio de 2012-diciembre de 2012

Realización audit a los 6 meses Septiembre-octubre 2.013

Análisis estadístico y gráfico a los 6 meses Octubre-noviembre 2.013

Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias y recordatorio del protocolo: Noviembre 2.013

Introducción variable en la base de datos (Marzo 2.014)

Realización audit a los 12 meses. Marzo-Abril 2.014

Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Abril 2014).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/06/2018

2. RESPONSABLE ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA JIMENEZ NOELIA
ALBISTUR LESMES IRUNE
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
PARRILLA HERRANZ PEDRO
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La necesidad del seguimiento de aquellos pacientes que iniciaban desde urgencias un anticoagulante distinto de antivitamina K, hace que junto con el Servicio de hematología se realice un circuito para poder realizar una base de datos de dichos pacientes.

El circuito consistía en rellenar un pequeño formulario con el fármaco indicado y la dosis que se prescribía, dicho formulario llegaba al despacho del hematólogo vía celador, de esta manera los Hematólogos podían elaborar una base de datos. Así mismo al paciente se le indicaba cita para realización de analítica completa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero a Mayo de 2015 se vieron 43 prescripciones de NACOS. SE completó el circuito en 19 ocasiones. Realizamos una reunión con el Servicio de Hematología para hacer hincapié en la importancia de tener registro de todos los pacientes anticoagulados de una u otra manera, de cara a control y posibles complicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la participación de los diferentes servicios en la toma de decisiones es fundamental para el buen manejo de las enfermedades. Se realizarán reuniones con cierta periodicidad para analizar los datos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/121 ===== ***

Nº de Registro: 0121

Título
REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ORTEGA JIMENEZ NOELIA, ALBISTUR LESMES IRUNE, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SERRAT TORRES MARCO ANTONIO, PARRILLA HERRANZ PEDRO, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

Desde el Servicio de Urgencias se aprecia un incremento de la prescripción de nuevos anticoagulantes para la prevención de embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular. Actualmente los pacientes que inician tratamiento con anti vitamina k son enviados para posterior seguimiento con el Servicio de Hematología no siendo así cuando se prescriben nuevos anticoagulantes, dabigatran, rivaroxaban, y apixaban. Es importante implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico, control de posibles complicaciones o necesidad de cambio por terapia puente en intervenciones quirúrgicas.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

En este momento no existe ningún registro de pacientes a los que, desde Urgencias se decida iniciar anticoagulación con nuevos anticoagulantes dabigatran, rivaroxaban, apixaban. A través de nuestro programa informático pch, se puede acceder a aquellos pacientes que con diagnóstico fibrilación auricular y que según Escalas de factores de riesgo CHADSVASC sea necesario anticoagular. Solo los pacientes a los que se anticoagular con anti vitamina k se les envía a Hematología para registro y posterior control. El resto de pacientes a los que se le inicia un nuevo anticoagulante es remitido a su médico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

cabecera, perdiéndose para asegurar cumplimiento o control de analíticas o de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener un registro de todos aquellos pacientes que desde el servicio de urgencias se inicia anti coagulación con nuevos anticoagulantes.
Reunirnos para Colaboracion con el Servicio de Hematologia para obtener dicho registro y que sean ellos los que de alguna manera se encarguen de la revisión de estos pacientes.

MÉTODO

Establecer un circuito de manera que todo aquellos pacientes que acudan a urgencias con fibrilacion auricular y que tras ver sus factores de riesgo, se decida anticoagular tanto con nuevos anticoagulantes como con sintrom sean enviados a Hematologia tanto para asegurar cumplimiento, control de analíticas, control de complicaciones o reacciones adversas y cambios de medicación en intervenciones quirúrgicas.

INDICADORES

Número de pacientes con fibrilacion articular entre el total de pacientes atendidos en urgencias
Pacientes con nueva anticoagulacion entre total de pacientes anticoagulados

DURACIÓN

Inicio de inmediato hasta mayo de 2015
19 Mayo reunion con el Servicio de Hematologia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Fecha de entrada: 27/10/2016

2. RESPONSABLE JOSE MARIA FERRERAS AMEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARRAT TORRES MARCO
ARRIBAS ENTRALA BELEN
HERRANZ ANDRES CLARA
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
HURTADO PONCE GABRIEL
EITO CUELLO JUAN JOSE
CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU
RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE
COLAS OROS CARLOS
LASSO OLAYO JESUS MARIA
ALADREN PEREZ BELEN
SUPERVIA ALONSO ALBERTO
RODERO ALVAREZ FERNANDO
ANDRES SALIENTE AURORA
MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad del Grupo de Sepsis del Hospital Royo Villanova se ha centrado en el desarrollo de la herramienta informática implantada en el programa informático de Urgencias (PCH). Este proyecto que se gestó desde Urgencias de nuestro Hospital a lo largo de 2012-2013, culminó con la implantación de un código sepsis automático e informático en Mayo de 2013 y que fue presentado en anteriores convocatorias como Proyecto de mejora de la Calidad. El Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova se convierte en el primer centro de Aragón en disponer de este sistema de alarmas automático para detectar los casos de sepsis grave.

Tras la activación del sistema de alarmas en nuestro centro, se procede a la implantación de un código sepsis en el resto de Hospitales de la Comunidad de forma progresiva. El grupo de sepsis realizó un periodo de difusión y formación presencial en 2014, se trasladaba a cada centro para asegurar la correcta implantación del Código sepsis. Además se ha asegurado un feed-back continuo con visitas del personal responsable de cada centro al Hospital Royo Villanova.

CREACIÓN GRUPOS SEPSIS ARAGÓN

Se organiza reunión con todos los Hospitales participantes el 17 de marzo de 2015. Esta convocatoria pretende:

- Revisar dudas ó problemas suscitados con la activación de la herramienta informática.
- Proponerles un estudio con el mismo diseño del realizado en nuestro hospital: comparar dos periodos de tiempo similares antes y después de implementar la aplicación informática. Amén de evaluar la utilidad de la aplicación, supondrá "un mapa" de la sepsis en Aragón.
- Estimularles para que implementen la base de datos de seguimiento de los pacientes sépticos que hayan sido dados de alta de los servicios de urgencias y el correspondiente análisis de resultados (base del Ciclo Continuo de la Calidad)
- Animarles a que se consoliden como grupos de trabajo de sepsis en sus respectivos hospitales ya que:
 - o Son absolutamente imprescindibles para poder establecer y mantener activos en cada centro sus respectivos códigos sepsis.
 - o Se deben mantener medidas educativas activas: No es suficiente implementar un protocolo ó un programa informático, hay que analizar en cada centro cuáles son las barreras concretas que impiden su aplicación y trabajar para eliminarlas.
 - o Se han de introducir cambios organizativos entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención al paciente séptico: en las enfermedades "tiempo dependientes", y la sepsis es una de ellas, hay que establecer estrategias que coordinen adecuadamente el equipo que atiende a estos pacientes.
- Proponerles que una vez consolidados los grupos de sepsis en cada centro, mantengamos la coordinación entre todos constituyéndonos así en el Grupo del CÓDIGO SEPSIS DE ARAGÓN paso definitivo para completar, en fases sucesivas la coordinación con Atención Primaria, Atención Socio-Sanitaria y Servicios Extrahospitalarios de Urgencias. La sepsis, necesita "su código de actuación" como ya lo tienen otras enfermedades tiempo dependientes como el Síndrome Coronario Agudo, el Ictus ó el Politraumatismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal logro alcanzado es que todos los Hospitales públicos de la Comunidad, excepto el Hospital Miguel Servet, disponen actualmente de un Código Sepsis (CS) de activación desde Urgencias. Los Hospitales que han participado en el estudio han sido Hospital Royo Villanova (centro coordinador), Clínico Universitario Lozano Blesa y Ernest Lluch Calatayud (Zaragoza); Hospital Obispo Polanco y Alcañiz (Teruel); Hospital de Jaca, Hospital de Barbastro y Hospital San Jorge (Huesca).

Comparamos dos muestras de 222 pacientes cada una de todos los Hospitales participantes, antes (muestra estándar) y después (muestra CS) de instaurar el Código Sepsis. Los resultados son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

La activación de CS se realizó de forma automática desde el triaje en 179 pacientes (80,63%) de los casos, en 16 (7,2%) fue realizada por el facultativo tras la atención inicial y en 27 (12,16%) no fueron activados en urgencias como CS cuando cumplían criterios.

En cuanto al paquete de tratamiento, el antibiótico se aplicó en la primera hora en 122 casos (54,95%) del grupo estándar y 140 casos (63,06%) en el grupo CS ($p=0,10$), OR 1,39 (0,95-2,04). Respectivamente en menos de 3 horas 203 pacientes (91,44%) y 196 pacientes (88,28%) ($p=0,34$). Hemocultivos antes de antibiótico a favor del código sepsis OR 1,97 (1,33-2,91), $p<0,0006$. Determinación de ácido láctico a favor de código sepsis OR 2,62 (1,63-4,19), $p<0,0001$. Resucitación con volumen en la primera hora a favor de código sepsis OR 3,71 (2,10-6,53), $p<0,0001$.

La mediana de tiempo puerta-atención médica fue 21 min (rango intercuartílico 11-40 min) grupo estándar versus 20 min (rango intercuartílico 11-43 min) grupo CS ($p=0,7$). Respectivamente, la mediana de tiempo de puerta-antibiótico fue 112 min (rango intercuartílico 55-169 min) versus 89 min (rango intercuartílico 41-166) $p=0,14$. La mediana de tiempo puerta-bolus fue 131 min (rango intercuartílico 88-182 min) versus 92 min (rango intercuartílico 48-170 min) ($p<0,002$). La mediana de tiempo de decisión fue 91 min (rango intercuartílico 31-147 min) versus 55 min (rango intercuartílico 21-123) ($p<0,02$).

La mortalidad durante el ingreso fue 20,72% grupo CS vs 31,08% grupo estándar ($p<0,01$). La supervivencia a 30 días fue mayor en el grupo de CS, con HR 1,5 (1,07-2,29) $p=0,02$ del grupo estándar frente a CS.

En el análisis multivariante se asoció un incremento en la mortalidad asociado al ácido láctico >4 HR 1,99 (1,26-3,5) ($p=0,018$).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, refleja una mejora en la supervivencia a los treinta días tras implantar un Código sepsis. En segundo lugar, mejora la variabilidad previa en la aplicación del paquete de tratamiento (aplicación de antibiótico no significativo).

Tercero, se han conseguido mejorar todos los tiempos, sin embargo la significación sólo se consigue en la aplicación del tratamiento del bolus y el tiempo de decisión.

Con la evidencia actual, consideramos la necesidad de instaurar medidores de ácido láctico en sangre venosa en el triaje para utilizar en los casos positivos de detección automática por el programa de alarmas.

7. OBSERVACIONES.

Se requiere de una inversión económica para disponer de medidores rápidos de ácido láctico en el triaje.

Pretendemos instaurar rutas de atención prioritarias para los enfermos con ácido láctico >4 mmol/L, ya que en nuestro estudio son los que asocian mayor mortalidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/553 ===== ***

Nº de Registro: 0553

Título
CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Autores:
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SARRAT TORRES MARCO, ARRIBAS ENTRALA BELEN, HERRANZ ANDRES CLARA, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, HURTADO PONCE GABRIEL, EITO CUELLO JUAN JOSE, CADEVILLA MARTINEZ ARANZAZU, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, COLAS OROS CARLOS, LASSO OLAYO JESUS MARIA, ALADREN PEREZ BELEN, SUPERVIA ALONSO ALBERTO, RODERO ALVAREZ FERNANDO, ANDRES SALIENTE AURORA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

Con el enfoque actual, la Sepsis Grave (SG) y el Shock Séptico (SS) pertenecen al grupo de enfermedades tiempo-dependiente, entendiéndose aquellas en las que un retraso en el diagnóstico o en el tratamiento influye negativamente en la evolución. Así pues, los servicios de urgencias pasan a tener un papel crucial tanto en la detección precoz como en el inicio del tratamiento de la SG/SS. Para garantizar una asistencia ajustada al factor tiempo se han creado unos códigos, cuya activación se basa en datos clínicos, como es el caso del código ictus o el código dolor torácico. Estos códigos han demostrado disminuir la morbi mortalidad al priorizar la asistencia y el tratamiento. La Comunidad de Aragón utiliza el programa informático denominado Puesto clínico hospitalario (PCH). Se decidió integrar la activación del código de sepsis grave (CSG) a través de los parámetros que se obtienen en el momento de triaje de una forma automática dentro del propio programa informático. De esta manera, se buscaba alertar de forma precoz al personal sanitario (personal facultativo y de enfermería) de los posibles casos de SG y SS. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de esta herramienta al comparar una muestra de enfermos detectados por el sistema de alarmas en todos los Hospitales de Aragón tras activar el CSG automático, con respecto a una muestra del año previo sin la detección automática.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

En el Hospital Royo Villanova, tras la implantación del CSG, el porcentaje de cumplimiento del paquete de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

tratamiento de la sepsis fue mayor frente a la muestra histórica, respectivamente, para los hemocultivos 96,3% frente a 80,9% ($p < 0,001$), antibiótico menor a 1 h 62,9% frente a 39,3% ($p < 0,001$), determinación de ácido láctico 91,4% frente a 77,9% ($p < 0,001$) y la aplicación de volumen adecuado 57,7% frente a 54,3% ($p = 0,54$). La mortalidad durante el ingreso se redujo en términos absolutos del 25% de la muestra histórica al 13,6% tras implantar CSG.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos una mejora significativa en la aplicación del bundle a las 3 horas con una reducción del tiempo de aplicación del antibiótico y unas mejoras en el porcentaje de cumplimiento del resto de medidas de la Campaña sobrevivir a la Sepsis

MÉTODO

Se establecen las alarmas que debe mostrar el programa informático teniendo en cuenta los criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico (SRIS) en el momento de triaje.

Estas alarmas permanecerán en el PCH en una localización visible una vez cerrado por enfermería de triaje. Estos enfermos resaltan en la pantalla del ordenador con una coloración verde específicamente destinada a tal efecto. La identificación definitiva de un paciente con sospecha de sepsis tras la alerta corresponderá al médico responsable del paciente. La valoración por tanto de si las alarmas se corresponden con un "caso" pertenece al médico asistencial.

Los pacientes detectados por este sistema de alarmas en el servicio de Urgencias, activan, de manera automática, una base de datos desarrollada al efecto para el registro de las variables dependientes de la evolución del paciente hospitalizado.

INDICADORES

Comprobar si los pacientes con sospecha de SG detectados por este sistema de alertas cumplen efectivamente criterios de sepsis, sepsis grave o shock séptico.

Comprobar si en estos pacientes se han obtenido hemocultivos y otras muestras microbiológicas según foco.

Comprobar los pacientes a los que se les ha administrado antibioterapia precoz tras el diagnóstico de SG.

Comprobar la aplicación del paquete de medidas de tratamiento a las tres primeras horas.

Determinar fasos negativos del sistema de alarmas.

Medir mortalidad y estancia hospitalaria en los pacientes con SG/SS.

DURACIÓN

Junio-Diciembre 2015: Recogida de pacientes tras la aplicación del CSG (grupo intervención). Paralelamente se realizará una búsqueda histórica de los mismos meses del año previo al estudio designado como grupo control.

Enero-Marzo 2016: Depuración y análisis de datos, obtención de resultados

OBSERVACIONES

GABRIEL TIRADO ANGLÉS. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. gabrieltiradoangles@yahoo.es

ANA ISABEL EZPELETA. MEDICA UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. aiezpeleta@telefonica.net

CARMEN ASPIROZ. MEDICA. MICROBIOLOGIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. caspiroz@gmail.com

ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ. MEDICA. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. rosamar.mtnez@gmail.com

PALOMA DORADO REGIL. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. pdorado@salud.aragon.es

BEATRIZ BONED JULIANI. MEDICA. BIOQUIMICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. bboned@gmail.com

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- ***